RAPPORT

Intervention « Cascade aux pairs »

Évaluation d'une intervention pour promouvoir l'utilisation du préservatif chez les adolescentes de la Montérégie

Subventionnée par :

Division de la prévention et de la lutte contre les MTS de la Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada

Préparée par :

Laura Haiek
Maryse Guay
François Pilote
Carole Thabet
Stella Brochu

Décembre 2000

106-04643/

Auteurs

Laura Haiek
Maryse Guay
François Pilote
Carole Thabet
Stella Brochu

Secrétariat

Carole Gagnon

Conception et réalisation de la page couverture
Bernard Lafleur
Zest graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Madame Ginette Charbonneau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777 poste 4121

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : K 15,576

Dépôt légal - 4e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-205-5

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes nous ont apporté leur généreuse contribution dans la réalisation de ce travail. Nous tenons à les remercier chaleureusement :

Joanne Otis, pour son expertise toujours appropriée et son encouragement soutenu. Manon Blackburn, pour sa coordination efficace qui a permis le bon déroulement du projet. Suzanne Régimbald, pour sa créativité sans limites et son habileté dans le développement du matériel d'intervention. Mélanie Turcotte, pour sa perspicacité et son souci constant de la perfection dans la collecte des données. Gabrielle Champagne, pour son dévouement et sa patience dans le travail ardu de recrutement des participantes.

De même, nos sincères remerciements à :

Luc Morel, pour son support. Marc Lavoie, pour la saisie de données. Jacques Lemaire, pour sa disponibilité dans l'analyse des données. Les infirmières et les médecins des dix CLSC participants. Et finalement, un grand merci à toutes les adolescentes pour leur participation au projet.

Mot du directeur

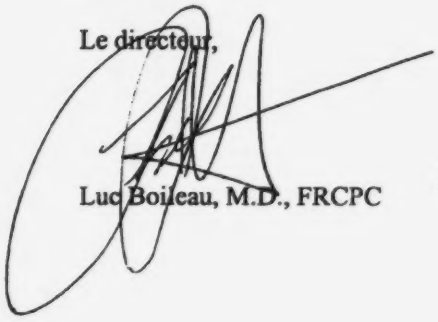
Les maladies transmissibles sexuellement (MTS) et l'infection par le VIH représentent une menace importante pour la santé sexuelle des adolescents. À preuve, on a constaté une hausse de la déclaration des cas de chlamydiose et de gonorrhée depuis la dernière année, et ce, malgré les efforts de prévention déployés. Ces deux maladies sont d'autant plus préoccupantes qu'elles touchent principalement les 15 à 35 ans et qu'elles occasionnent des conséquences graves sur la santé reproductive des adolescents et des jeunes adultes.

En ce qui concerne le VIH, près de 17 % du nombre total des cas déclarés se retrouvent chez les 20 à 29 ans. Ces derniers ont probablement contracté le virus durant l'adolescence, ce qui indique bien l'importance de cette maladie. Ces données, autant au niveau de l'incidence des MTS que de l'infection au VIH, justifient les activités de promotion/prévention de même que les études réalisées auprès de cette clientèle.

De nombreux facteurs associés aux conduites sexuelles à risque ont été identifiés à l'aide des études comportementales et psychosociales. Cependant, une proportion importante de jeunes se retrouve en situation de grande vulnérabilité face aux MTS et à l'infection au VIH. Dans cet optique, la Direction de la santé publique de la Montérégie a évalué une intervention visant à promouvoir l'utilisation du condom chez les adolescents. L'originalité de cette intervention reposait principalement sur l'implication des pairs dans le processus d'intervention.

Les résultats et pistes d'interventions amenés par cette évaluation demeurent un atout certain pour les organismes et intervenants travaillant auprès de la clientèle adolescente. Ces derniers pourront s'en inspirer pour développer des projets mieux adaptés à la situation des jeunes.

Le directeur,



Luc Boileau, M.D., FRCPC

TABLES DES MATIÈRES

PAGE

INTRODUCTION **15**

CHAPITRE 1 DÉFINITION DU PROBLÈME **19**

1.1 Prévalence des MTS-sida 19

1.2 Caractéristiques comportementales 20

CHAPITRE 2 ÉTAT DES CONNAISSANCES **25**

2.1 Revue des interventions axées sur le comportement 25

2.1.1 Milieu scolaire *25*

2.1.2 Milieux hors scolaire *26*

2.2 Les critères d'efficacité des interventions en prévention des MTS-sida 29

2.3 L'intervention de type « Cascade aux pairs » 30

CHAPITRE 3 MODÈLE THÉORIQUE **35**

CHAPITRE 4 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE **39**

4.1 Hypothèse principale 39

4.2 Hypothèses secondaires 39

4.3 Hypothèses médiatrices 40

CHAPITRE 5 INTERVENTION **43**

5.1 Historique de l'intervention 43

5.2 Description de l'intervention 43

5.3 Matériel d'intervention 44

CHAPITRE 6 MÉTHODOLOGIE **47**

6.1 Devis de l'étude 47

6.2 Définition de la population cible et sélection de l'échantillon 49

6.3 Calcul de la taille d'échantillon 49

6.4 Déroulement du projet et procédures de collecte de données 50

6.4.1 Groupe expérimental *50*
6.4.2 Groupe témoin *50*

6.5 Instruments de mesure 51

6.5.1 Questionnaires *51*
6.5.2 Grille d'activités sexuelles *51*
6.5.3 Validité des mesures *52*

6.6 Définition opérationnelle des variables 52

6.6.1 Variable indépendante *52*
6.6.2 Variables dépendantes *53*
6.6.3 Variables concomitantes *53*
6.6.4 Variables médiatrices *54*

6.7 Traitements des données brutes 57

6.8 Analyse de données 59

6.9 Considérations déontologiques 61

CHAPITRE 7 RÉSULTATS 65

7.1 Implantation de l'intervention 65

7.1.1 Recrutement des participantes *65*
7.1.2 Suivi des participantes *66*
7.1.3 Perte d'effectif et échantillon final *66*
7.1.4 Degré d'exposition à l'intervention *68*

7.2 Analyses descriptives 69

7.2.1 Variables sociodémographiques *69*
7.2.2 Variables comportementales depuis le début de la vie sexuelle *71*
7.2.3 Variables comportementales des trois mois précédents (t_0) *73*
7.2.4 Variables psychosociales au (t_0) *76*
7.2.5 Variables comportementales dans les trois mois précédents (t_1) *77*
7.2.6 Variables comportementales chez les nouvelles actives sexuellement au (t_1) *80*
7.2.7 Variables psychosociales au (t_1) *81*

7.3 Effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif selon l'échantillon total et selon le statut (tutrice/amie) de la participante 82

7.3.1 Résultats d'analyses bivariées *83*
7.3.2 Résultats des analyses multivariées *88*

7.4 Effet de l'intervention sur les déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif 90

CHAPITRE 8 DISCUSSION **97**

8.1 À propos des résultats 97

8.1.1 Effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif *97*
8.1.2 Comparaison entre les résultats obtenus et ceux recensés dans la littérature *98*
8.1.3 Tendance temporelle dans l'utilisation du préservatif *99*
8.1.4 Effet de l'intervention sur l'utilisation constante du préservatif *100*
8.1.5 Effet de l'intervention chez les participantes ayant débuté leur vie sexuelle pendant la période de suivi *101*
8.1.6 Observations supplémentaires *101*
8.1.7 Degré d'exposition à l'intervention *102*
8.1.8 Effet de l'intervention sur les déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif *103*

8.2 Validité des résultats 103

8.2.1 Validité interne *103*
8.2.2 Validité externe *105*

8.3 Forces et limites 106

8.3.1 Au niveau méthodologique *106*
8.3.2 Au niveau de l'intervention proprement dite *107*

8.4 Réflexions sur l'intervention de type « Cascade aux pairs » 108

CONCLUSION **111**

ANNEXE 1 ..... **113**
ANNEXE 2 ..... **119**
ANNEXE 3 ..... **123**
ANNEXE 4 ..... **127**
ANNEXE 5 ..... **187**
ANNEXE 6 ..... **191**

BIBLIOGRAPHIE **201**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 6.1 - Couples de CLSC selon le groupe expérimental et le groupe témoin 48

Tableau 6.2 - Intervention groupe expérimental..... 50

Tableau 6.3 - Intervention groupe témoin 50

Tableau 6.4 - Qualités docimologiques des variables à l'étude au (t_0)..... 58

Tableau 6.5 - Qualités docimologiques des variables à l'étude au (t_1)..... 59

Tableau 6.6 - Test de normalité 60

Tableau 7.1 - Pertes d'effectifs 67

Tableau 7.2 - Nombre de participantes selon le groupe expérimental et le groupe témoin par paires de CLSC 67

Tableau 7.3 - Caractéristiques sociodémographiques et comportementales des adolescentes ayant quitté l'étude et celles l'ayant complétée 68

Tableau 7.4 - Nombre de pochettes complétées par les participantes au (t_1) selon leur statut 69

Tableau 7.5 - Caractéristiques sociodémographiques des participantes *(échantillon total)* 70

Tableau 7.6 - Caractéristiques comportementales des participantes depuis le début de leur vie sexuelle..... 72

Tableau 7.7 - Caractéristiques comportementales des participantes dans les trois mois précédents (t_0)..... 75

Tableau 7.8 - Statistiques descriptives des variables psychosociales à l'étude au (t_0) pour l'échantillon total 77

Tableau 7.9 - Caractéristiques comportementales des participantes dans les trois mois précédents (t_1)..... 79

Tableau 7.10 - Caractéristiques comportementales des participantes devenues actives sexuellement entre le (t_0) et le (t_1)..... 81

Tableau 7.11 - Statistiques descriptives des variables psychosociales à l'étude au (t_1) pour l'échantillon total 82

Tableau 7.12 - Effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif pour l'échantillon total..... 83

Tableau 7.13 - Effets de l'intervention sur l'utilisation du préservatif au (t_0) et au (t_1) pour les échantillons tutrices-amies 85

Tableau 7.14 - Effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif pour l'échantillon total chez les utilisatrices constantes et non-constantes de contraceptifs oraux.....87

Tableau 7.15 - Effet de l'intervention selon l'utilisation constante du préservatif chez l'ensemble des participantes.....88

Tableau 7.16 - Effet de l'intervention selon l'utilisation constante du préservatif chez les utilisatrices constantes de contraceptifs oraux.....89

Tableau 7.17 - Effet de l'intervention selon l'utilisation constante du préservatif chez les utilisatrices non-constantes de contraceptifs oraux.....90

Tableau 7.18 - Effet de l'intervention sur l'intention d'utiliser le préservatif au (t_1).....90

Tableau 7.19 - Effet de l'intervention sur l'attitude directe vis-à-vis l'utilisation du préservatif (tolérance) au (t_1).....91

Tableau 7.20 - Effet de l'intervention sur l'attitude directe vis-à-vis l'utilisation du préservatif (nécessité) au (t_1).....91

Tableau 7.21 - Effet de l'intervention sur l'attitude indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif (positive) au (t_1).....91

Tableau 7.22 - Effet de l'intervention sur l'attitude indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif (négative) au (t_1).....92

Tableau 7.23 - Effet de l'intervention sur la perception de contrôle indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif au (t_1).....92

Tableau 7.24 - Effet de l'intervention sur la perception de contrôle directe vis-à-vis l'utilisation du préservatif au (t_1).....93

Tableau 7.25 - Effet de l'intervention sur la norme subjective directe.....93

Tableau 7.26 - Effet de l'intervention sur la norme subjective indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif (pairs) au (t_1).....94

Tableau 7.27 - Effet de l'intervention sur la norme subjective indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif (figures d'autorité) au (t_1).....94

LISTE DES FIGURES

Figure 6.1 Devis de recherche 47

Figure 6.2 Pourcentage des relations sexuelles totales protégées par le préservatif au (t_1) 60

INTRODUCTION

L'incidence accrue des MTS et du sida chez les jeunes, plus particulièrement chez les femmes adolescentes et les jeunes adultes ont des conséquences importantes et parfois irréversibles sur leur santé. Devant un tel constat, il est prioritaire de considérer cette problématique lors de la planification des interventions en santé publique destinées à cette clientèle.

Effectivement, en ce qui concerne l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), le Québec se situe au deuxième rang de toutes les provinces canadiennes avec 5 507 cas de sida déclarés au 30 juin 1999 et au premier rang quant au taux d'incidence qui se situe à 75 par 100 000 habitants (Centre québécois de coordination sur le sida, CQCS, 1999a). Parmi ces cas, 1 024 se retrouvent chez les 15 à 29 ans, soit 16,8 % de l'ensemble des cas déclarés chez les hommes et 32,7 % de l'ensemble des cas déclarés chez les femmes (CQCS, 1999b).

Pour ce qui est des maladies transmissibles sexuellement, bien qu'il existe des traitements pour certaines MTS, la majorité d'entre elles peuvent rester asymptomatiques ou engendrer des complications sérieuses, notamment chez les adolescentes (Santé Canada, 1998; Washington et al., 1986). Les MTS sont transmises presque exclusivement par des comportements qui peuvent être évités ou modifiés; dans ce contexte, l'utilisation du préservatif demeure un des comportements à privilégier chez les individus qui ne choisissent pas l'abstinence (Botvin et al., 1995; Roper et al., 1993). Effectivement, quand il est correctement utilisé dans chacun des contacts sexuels, le préservatif est efficace pour diminuer la transmission des pathogènes incluant le VIH (De Vincenzi et al., 1994; DiClemente et al., 1990).

Devant ce constat, des praticiens de première ligne ont ressenti le besoin d'être mieux outillés pour intervenir en ce sens auprès des adolescentes. C'est ainsi qu'en 1992-1994, une intervention a été expérimentée à la clinique jeunesse du CLSC du Havre (Haiek et Brochu, 1996; Haiek et Brochu, 1997). Cette intervention était basée sur un modèle conceptuel qui en plus de viser l'amélioration des connaissances, cherchait à favoriser le développement d'attitudes et d'intentions responsables et l'acquisition d'habiletés techniques et sociales pouvant contribuer aux modifications de comportements. L'évaluation de cette intervention a démontré une augmentation de l'utilisation de préservatif lors du premier suivi (3 mois), cette augmentation n'a toutefois pas persisté à la fin de la période de suivi (6 mois).

Dans la foulée de cette première expérimentation et des résultats prometteurs obtenus, l'intérêt d'élargir ce projet à plusieurs cliniques jeunesse s'est manifesté. Ainsi, l'objet de la présente étude est d'implanter et d'évaluer une intervention visant à augmenter l'utilisation du préservatif, et de renforcer ce comportement chez les adolescentes fréquentant des cliniques des jeunes dans des CLSC de la Montérégie.

Définition du prob

Chapitre 1

DÉFINITION DU PROBLÈME

1.1 Prévalence des MTS-sida

Au Québec, une baisse considérable du nombre de cas déclarés de maladies transmissibles sexuellement (MTS) a été observée lors de la dernière décennie (Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), 1999). Toutefois, les données recueillies au cours de l'année 1999 semblent montrer une tendance inverse. En effet, les données transmises par le Laboratoire de santé publique du Québec (31 octobre, 1999) montre une augmentation de 6 % et de 30 % respectivement pour les cas de gonorrhée et les cas de chlamydiose au Québec. Ainsi, le nombre de déclarations de chlamydiose est passé de 6 442 en 1997, à 7 258 en 1998 et à 7 977 en 1999, alors que la déclaration des cas de gonorrhée est passée de 487 en 1997, à 443 en 1998 et à 623 en 1999 (LSPQ, 1999). Ces deux maladies touchent principalement les jeunes âgés de 15 à 35 ans avec un ratio de 3 femmes pour 1 homme pour la chlamydiose et de 3 hommes pour 1 femme pour la gonorrhée (LSPQ, 2000). Cette incidence est d'autant plus inquiétante que ces deux infections peuvent amener des complications importantes telles que la salpingite qui dans 20 % des cas résulte en infertilité (Santé Canada, 1998; Washington et al., 1986) et en un risque accru de grossesses ectopiques (Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), 1995; Ronald et Peeling, 1993).

Par ailleurs, d'autres MTS d'étiologie virale non soumises à la déclaration obligatoire, telles le virus herpès simplex (VHS) et l'infection par le virus papillome humain (VPH), seraient encore plus fréquentes que les MTS bactériennes (LLCM, 1995). En effet, selon l'étude de Dion et Ferenczy (1999), entre 20 % et 40 % de la population adulte québécoise serait infectée par le VPH. Ces MTS sont particulièrement problématiques du fait qu'aucun traitement ne permet de les éradiquer de façon définitive. De plus, certains types de VPH sont associés à différents cancers, alors que le VHS entraînerait des problèmes d'ordre sexuel avec le partenaire, une baisse de l'estime de soi et l'isolement de la personne infectée (LLCM, 1995).

Quant au sida, bien que le nombre de cas déclarés au Québec chez les 15 à 19 ans ne soit que de 2,1 % (CQCS, 1999b), 16,6 % du nombre total des cas déclarés se retrouve chez les 20 à 29 ans (CQCS, 1999b). Ainsi, l'âge médian d'acquisition du VIH qui était de 32 ans au début de l'épidémie (avant 1982) est passé à 23 ans entre les années 1985 et 1990 (LLCM, 1995). De plus, étant donné la longue période d'incubation de l'infection, estimée entre 10,6 et 13 ans, il est légitime de penser que plusieurs des cas de sida recensés au cours des dernières années aient contracté le virus à l'adolescence (Nadeau et al., 1991; Otis et al., 1991). Par conséquent, ces statistiques reflètent mal l'ampleur actuelle de l'infection au VIH chez les Québécois de 15 à 29 ans; en fait ces statistiques représenteraient davantage le portrait de l'épidémie d'il y a dix ans (Otis, 1996; CQCS, 1999a).

Pour ce qui est de la propagation du VIH selon le genre, au cours des dernières années, l'augmentation de cas de sida a été proportionnellement plus importante chez les femmes que chez les hommes. En effet, la situation épidémiologique du sida chez les femmes canadiennes a augmenté au fil des ans, passant de 5,2 % de tous les cas avant 1990, à 6,7 % durant la période 1990-1995 et à 23 % en 1997-1998 (LLCM, 1998). La situation semble encore plus alarmante au Québec puisqu'au moins 50 % des cas féminins déclarés au Canada proviennent du Québec (Otis et al., 1996). De plus, les femmes de moins de 30 ans semblent particulièrement touchées. Effectivement, alors que 15,6 % des hommes atteints du sida sont âgés de 20 à 29 ans, la proportion de femmes appartenant à ce groupe est de 23,9 % (CQCS, 1999b). Les contacts hétérosexuels représentent un des principaux facteurs de risque pour les Québécoises (CQCS, 1999b).

1.2 Caractéristiques comportementales

Devant ce portrait alarmant, la stratégie de prévention primaire à privilégier pendant l'adolescence demeure les modifications de comportements sexuels à risque (King et al., 1988). Jusqu'à maintenant, les stratégies de prévention ont visé surtout deux objectifs : l'abstinence et l'adoption de mesures qui empêchent la transmission des micro-organismes impliqués. Toutefois, les caractéristiques comportementales spécifiques des adolescents en matière de sexualité ne s'inscrivent pas dans ces stratégies.

En premier lieu, le taux de jeunes sexuellement actifs est élevé : depuis la fin des années 80, des études au niveau national (King et al., 1988), provincial (Cloutier et al., 1994; LLCM, 1996; Santé Québec, 1992) et régional (Beaulieu et al., 1994; Bellerose et Guay, 1993; Cousins et al., 1994; Otis et al., 1991; Otis et al., 1995; Perreault et al., 1993; Thabet et al., 1995) ont montré de façon consistante, que 50 % à 60 % des adolescents âgés entre 15 et 19 ans sont sexuellement actifs. Un bilan des recherches réalisées auprès des adolescents et des jeunes adultes du Québec (Otis, 1996) montre que selon les diverses études recensées, 47 % à 69 % des élèves de 5e secondaire seraient actifs sexuellement. Parmi ceux-ci, 7 % à 37 % rapportent avoir déjà eu des relations anales (Otis, 1996), pratique reconnue comme étant à haut risque pour la transmission des MTS et du VIH (Cousins et al., 1994; Haiek et Brochu, 1997; King et al., 1988; Otis, 1994; Otis, 1996; Otis et al., 1994; Otis et al., 1995; Santé Québec, 1992).

De plus, les jeunes s'engagent de plus en plus tôt dans leur vie sexuelle active, comportement étant associé à un risque plus élevé de contracter une MTS ou le VIH (Caron et al., 1997; Otis et al., 1997; Roy et al., 1995; Tremblay, 1997). Une étude effectuée en 1994 auprès de 986 femmes québécoises actives sexuellement montre de façon explicite cette nouvelle réalité. En effet, les femmes interrogées nées avant 1964, ont eu leur première relation à un âge moyen de 18 ans comparativement à 15 ans chez celles nées après 1973 (Otis et al., 1996). Ce résultat est confirmé par plusieurs autres recherches montrant que l'âge moyen de la première relation sexuelle se situe maintenant autour de 15 ans (Bellerose et Guay, 1993; Brooks-Gunn et al., 1988; Cloutier et al., 1994; Haiek et Brochu, 1996; Haiek et Brochu, 1997; Hingson et al., 1990; Otis, 1994; Otis et al., 1991; Otis et al., 1995; Quackenbush, 1990; Varnhagen, 1991).

Deuxièmement, les modèles sexuels des adolescents tournent autour de deux tendances soient, la monogamie sériée et les relations sexuelles fortuites (Morisset et Rechere, 1990; Otis et al., 1991). Au Québec, les adolescents de 15 à 17 ans rapportent avoir eu en moyenne 3,7 et 2,8 partenaires respectivement depuis le début de leur vie sexuelle (Santé Québec, 1992). Selon le bilan effectué par

Otis (1996), entre 12 % et 22 % des jeunes âgés de 15 ans auraient eu six partenaires et plus, pourcentage qui atteint 47 % chez les jeunes âgés de 18 ans.

Finalement, les jeunes vivent des relations sexuelles non protégées. Par exemple, au Québec depuis le début des années 90, bien qu'entre 70 % et 95 % des adolescents rapportent avoir déjà utilisé au moins une fois le préservatif (Beaulieu et al., 1994; Bellerose et Guay, 1993; Cloutier et al., 1994; Otis et al., 1991; Otis et al., 1995; Thabet et al., 1995), que 70 % à 75 % l'ont utilisé à la première relation (Bellerose et Guay, 1993; Cousins et al., 1994; Haiek et Brochu, 1997; Otis, 1994; Otis, 1996; Otis et al., 1994; Otis et al., 1995) et qu'approximativement 50 % de leurs relations sexuelles ont été protégées par le préservatif (Haiek et Brochu, 1996; Otis, 1994), il n'en reste pas moins que seulement 13 % à 48 % des adolescents ont utilisé le préservatif à toutes leurs relations sexuelles (Cousins et al., 1994; Gilbert et al., 1995; Graziani, 1992; Haiek et Brochu, 1996; Otis, 1993; Otis, 1994; Otis, 1996; Otis et al., 1994).

Une étude longitudinale réalisée auprès de jeunes en milieu scolaire montre qu'en novembre 1991, 29 % des adolescents consultés indiquaient utiliser le préservatif de façon constante, en mai 1993 la proportion d'utilisation constante du préservatif chez ces mêmes adolescents était de 26 % alors qu'elle se situait à 23 % en novembre 1994 (Otis, 1996). Ainsi, plus les jeunes vieillissent, moins ils sont enclins à utiliser le préservatif de façon constante (Otis, 1996). Il semble donc évident que l'utilisation du préservatif est un comportement maintenant relativement accepté, essayé, mais non maintenu (Haiek et Brochu, 1997; Otis, 1994).

Certains facteurs bien identifiés viennent contrer l'utilisation du préservatif chez les adolescents, ainsi : prendre des contraceptifs oraux (Detzer et al., 1995; Haiek et Brochu, 1997; Joffe, 1993; Lévy et al., 1996; Lévy et al., 1999; Oakley et Bogue, 1995; Otis et al., 1991), être plus âgé (Graham, 1994; Ku et al., 1992; Pleck et al., 1993), avoir plus d'expérience au niveau sexuel (Langer et al., 1994; Lévy et al., 1996), avoir eu un plus grand nombre de partenaires (Choi et Coates, 1994; Graham, 1994; Haiek et Brochu, 1997; Joffe, 1993) et le fait d'être dans une relation affective stable (Haiek et Brochu, 1997; Graham, 1994; Langer et al., 1994; Roper et al., 1993) sont parmi les facteurs les plus connus. La consommation élevée de drogues et d'alcool a également été citée par quelques auteurs comme ayant un effet négatif sur l'utilisation du préservatif (Bagnall et al., 1990; Fisher et Misovich, 1990; Godin et al., 1998; Haiek et Brochu, 1997; Hingson et al., 1990). L'habitude (ou le comportement) passée à l'égard de l'utilisation du préservatif influence le comportement futur (Abraham et Sheeran, 1994; Haiek et Brochu, 1997; Lévy et al., 1996; Lévy et al., 1999; Otis et al., 1991). En fait, plusieurs chercheurs ont trouvé qu'un comportement antérieur, qu'il soit à risque ou préventif par rapport aux MTS, est un des meilleurs prédicteurs du comportement futur : l'habitude serait donc un élément très puissant dans la détermination du comportement sexuel (Abraham et Sheeran, 1994).

État des connaissa

Chapitre 2

ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 Revue des interventions axées sur le comportement

Les MTS de source bactérienne ont été longtemps reconnues comme un problème majeur en santé publique, toutefois, l'éclosion de maladies attribuables à des micro-organismes non traitables et en particulier l'épidémie de VIH a entraîné une augmentation du nombre de programmes de prévention tentant de freiner la propagation de ces infections. En effet, un grand nombre d'interventions basées sur la réduction des comportements à risque ciblant les populations les plus vulnérables à être infectées ou à transmettre ces infections ont vu le jour. Plus spécifiquement, de multiples efforts en éducation à la santé ont été mis de l'avant dans la dernière décennie afin d'aider les jeunes et les femmes en âge de procréer à modifier leurs comportements à risque. Ces efforts ont pris la forme de diverses approches qui ont été expérimentées dans des milieux d'intervention différents : le milieu scolaire et le milieu hors scolaire incluant le milieu communautaire, le milieu de réadaptation et le milieu clinique. Les types d'intervention, les groupes ciblés et les effets retrouvés varient d'un milieu à l'autre, chaque milieu présentant des avantages et des inconvénients qui le caractérisent.

2.1.1 Milieu scolaire

Le milieu scolaire a été le choix évident pour intervenir auprès des jeunes. Effectivement, la majorité des adolescents fréquente l'école avant de débuter leur vie sexuelle et près de 60 % d'entre-eux sont toujours aux études lorsqu'ils débutent leur vie sexuelle (Otis, 1996). Les écoles ont le mandat et la possibilité d'intégrer des activités d'éducation sexuelle et de prévention des grossesses, des MTS et du sida dans leur curriculum; l'implantation complète des programmes et le suivi des élèves sont facilités par le fait que les jeunes fréquentent l'école de façon régulière dans la plupart des cas. De plus, les interventions en éducation sanitaire dans les écoles peuvent bénéficier largement de l'expérience de ses enseignants et avoir un accès facile aux pairs motivés qui acceptent de remplir un rôle de modèle. Avec ces avantages évidents, des programmes d'éducation à la sexualité ont été mis en place dans plusieurs écoles en Amérique du Nord en visant la réduction des comportements à risque, initialement en matière de prévention des grossesses non désirées et, par la suite, sur la prévention des MTS et du sida. Les interventions précoces ont été concentrées surtout sur la diffusion des informations et elles ont très bien réussi à augmenter les connaissances, toutefois, elles se sont avérées inefficaces pour diminuer les comportements à risque (Botvin et al., 1995; Kirby et al., 1994).

Des interventions plus récentes se basant sur des théories d'apprentissage social ont davantage axé leurs efforts sur l'acquisition d'habiletés au niveau de la communication et de la négociation avec les

partenaires sexuels, mais l'efficacité des interventions ayant été évaluées demeure très inégale (Applegate, 1998; Botvin et al., 1995; Kirby, 1994).

Des cliniques offrant des services de santé combinés à un volet d'éducation ont été implantées dans plusieurs écoles. L'évaluation de l'effet de ces programmes a montré des résultats inconsistants pour l'utilisation des méthodes contraceptives; toutefois, il semble que la présence d'un programme éducatif bien structuré (Kirby, 1994) ainsi que de l'information et de l'accès aux contraceptifs oraux sont des composantes importantes pour assurer l'efficacité des programmes (Corcoran et al., 1997). La limite la plus importante des programmes en milieu scolaire demeure le fait d'être inaccessible aux décrocheurs et aux absents chroniques, ces individus étant d'ailleurs considérés comme plus à risque que ceux fréquentant régulièrement les établissements scolaires.

2.1.2 Milieux hors scolaire

Quant aux trois autres milieux d'intervention hors scolaire, l'annexe 1 présente le résumé des interventions axées sur la modification de comportements sexuels à risque. Les études résumées devaient avoir évalué l'effet de l'intervention sur l'usage de préservatifs et/ou l'incidence de MTS avec un devis expérimental ou quasi-expérimental à un minimum de trois mois de suivi. La majorité des interventions présentées était basée sur des modèles théoriques solides tels que le modèle « Aids Risk Reduction » de Catania et al. (1990a), le modèle « Information-Motivation-Behavior » de Fisher et Fisher (1992), la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975) et la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977, 1982).

a) Milieu communautaire

Le tableau A1.1 présente les résultats des interventions ayant eu lieu dans la communauté (Carey et al., 1997; DiClemente et Wingwood, 1995; Rotheram-Borus, 1998; Stanton et al., 1996). Nous notons que toutes les interventions consistaient en des rencontres de groupe d'une durée totale variant de six à dix-huit heures, celles-ci étant animées par des intervenants communautaires, des professionnels ou des pairs. La majorité des participants était recrutée dans des organismes communautaires; seulement une étude (Stanton et al., 1996) a recruté des groupes d'amis. La clientèle visée par ces interventions était majoritairement les adolescents et les jeunes adultes, toutefois l'étude de Carey et al. (1997) incluait des femmes adultes. En ce qui a trait à l'évaluation des effets, seulement une évaluation (DiClemente et Wingwood, 1995) avait trouvé un effet significatif de l'intervention sur l'utilisation constante du préservatif (100 %) à trois mois. Un effet limite avait également était observé à trois mois dans l'étude de Rotheram-Borus et al. (1998), tandis que dans l'étude de Stanton et al. (1996), l'effet à six mois sur l'usage du préservatif à la dernière relation sexuelle ne se retrouvait pas lorsque les analyses étaient effectuées au niveau de l'unité de randomisation, dans ce cas-ci les groupes d'amis. Les résultats sur les variables psychosociales étaient quant à eux inconsistants : ainsi, l'étude ayant réussi à modifier les connaissances, les habiletés et les intentions s'est avérée inefficace pour modifier le comportement vis-à-vis l'utilisation du préservatif (Carey et al., 1997). Ces études démontrent que les interventions dans la communauté, généralement au sein d'un organisme communautaire, sont faisables et que ce milieu reste peu exploité. Ces interventions ont l'avantage de rejoindre les jeunes dans leur milieu d'appartenance avec la possibilité d'intervenir avec les groupes de pairs naturels. Un autre avantage rattaché à ce type d'intervention se situe au niveau des coûts. En effet, les interventions pouvant bénéficier des

intervenants ou des pairs travaillant ou fréquentant les organismes communautaires pour animer les rencontres sont moins onéreuses par rapport aux interventions impliquant des professionnels plus spécialisés. Finalement, le milieu communautaire reste le milieu idéal pour rejoindre les jeunes ayant fini ou quitté l'école ainsi que les jeunes inactifs sexuellement qui consultent moins fréquemment les services de santé.

b) Milieu de réadaptation

Les jeunes en difficulté d'adaptation sociale constituent une clientèle particulière et cela du fait qu'ils sont très difficiles à rejoindre. Toutefois, lorsqu'ils séjournent aux refuges ou aux centres de réadaptation, ils peuvent bénéficier d'interventions adaptées à leurs besoins. Trois études, présentées au tableau A1.2, ayant visé les jeunes non-toxicomanes en difficulté ont évalué l'effet d'une intervention en groupe sur leurs comportements sexuels (Gillmore et al., 1997; Godin et al., 1998; Rotheram-Borus et al., 1991). En général, les interventions étaient intenses et toutes avaient une durée totale planifiée de dix heures ou plus. Quant aux résultats obtenus, seulement Rotheram-Borus et al. (1991) ont rapporté des effets bénéfiques de l'intervention sur l'utilisation constante (100 %) du préservatif. Leur intervention visait les jeunes fugueurs et l'effet obtenu était associé à la durée de l'intervention, ainsi, un effet plus élevé était observé chez les jeunes ayant assisté à un plus grand nombre de rencontres. Les deux autres évaluations (Gillmore et al., 1997; Godin et al., 1998) n'ont trouvé aucun impact de l'intervention sur les comportements sexuels préventifs, cependant, Godin et al. (1998) ont noté des changements au niveau des déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif. À la suite de ces études, trois difficultés majeures ont été associées à l'évaluation dans ce milieu : premièrement, les problèmes liés à la randomisation des centres et des refuges (seulement une des trois études avait un devis randomisé); deuxièmement, la diminution de la puissance statistique du fait que les jeunes en détention ont une plus grande probabilité de rester abstinents pendant la période de suivi; troisièmement, les pertes d'effectifs importantes dues à l'instabilité caractéristique de cette clientèle (environ 40 % dans les études de Godin et de Gillmore alors qu'elle était seulement de 23 % dans l'étude de Rotheram-Borus). Par conséquent, les évaluations réalisées dans ce milieu doivent tenir compte de ces limites importantes et tenter d'en minimiser les conséquences en utilisant des stratégies d'évaluation novatrices.

c) Milieu clinique

Les interventions réalisées en milieu clinique (présenté au tableau A1.3) sont une des façons idéales pour rejoindre les jeunes lorsqu'ils sont prêts à initier leur vie sexuelle et/ou après l'avoir initiée. Plusieurs études ont utilisé ce milieu pour rejoindre les clientèles vulnérables, notamment les jeunes et les femmes (Boyer et al., 1997; Haiek et Brochu, 1996; Haiek et Brochu, 1997; Jemmott et al., 1992; Kamb et al., 1998; Kelly et al., 1994; Shain et al., 1999). Deux approches différentes ont été utilisées dans ce type d'intervention : le counselling individuel et les rencontres de groupe; les activités étaient quant à elles d'une durée plus courte que dans les autres milieux d'intervention (de dix heures ou moins). Quant aux évaluations des effets des interventions recensées, la plupart des études (à l'exception de Boyer et al., 1997 qui a seulement trouvé un effet au niveau des comportements chez les hommes) ont démontré une modification des comportements chez les participants au-delà de trois mois et même, deux d'entre-elles ont montré un effet persistant jusqu'à 12 mois. L'ensemble des interventions ciblant les adolescents et les jeunes adultes ont réussi à modifier les comportements des participants, du moins à court terme (Haiek et Brochu, 1996;

Jemmott et al., 1992; Kamb et al., 1998; Shain et al., 1999). De plus, les interventions moins intenses ont semblé être efficaces dans ce milieu (Jemmott et al., 1992; Kamb et al., 1998).

Pour ce qui est des différences au niveau de l'efficacité du counselling individuel en comparaison avec les rencontres de groupe, il est difficile de se prononcer. D'une part, on constate que le counselling individuel a réussi à diminuer l'incidence des MTS dans l'étude de Kamb et al. (1998) mais non dans celle de Boyer et al. (1997). Il faut toutefois être prudent avec ces derniers résultats, étant donné que la puissance statistique des deux études est très différente, l'étude de Boyer comptant environ 200 sujets pour chacun des groupes expérimentaux et témoin alors que l'étude de Kamb compte environ 1400 sujets pour chacun de ces groupes. D'autre part, l'ensemble des interventions comprenant des rencontres de groupe ont eu des résultats positifs. Il semblerait qu'une combinaison de ces deux méthodes pédagogiques (Haiek et al., 1996; Shain et al., 1999) soit un compromis intéressant d'autant plus que l'effet le plus concluant et persistant était documenté avec ce type de stratégie (Shain et al., 1999).

Du point de vue méthodologique, un des avantages inhérents au milieu clinique est la possibilité de mesurer des résultats cliniques tel que l'incidence de MTS. Deux études qui ont utilisé ce genre de mesures (Kamb et al., 1998; Shain et al., 1999) ont documenté une diminution de l'incidence de MTS dans des populations à haut risque telles que les patients se présentant avec une MTS ou les patients demandant un dépistage.

En somme, le milieu clinique propose des avantages intéressants du fait qu'il permet d'offrir des interventions plus personnalisées, qu'il rejoint toutes les clientèles et qu'il profite de la crédibilité des professionnels y travaillant. Il faut toutefois tenir compte de certaines limites associées à ce milieu. En effet, on note un risque accru de pertes d'effectifs par rapport aux pertes documentées dans les autres milieux, ce qui aurait pu contribuer à une évaluation trop optimiste des effets.

d) Comparaison de l'efficacité des interventions pour chacun des milieux hors scolaire

Suite à l'analyse des interventions en milieu hors scolaire, il apparaît que plusieurs interventions ont démontré leur efficacité pour modifier les comportements à risque. Les résultats les plus consistants se retrouvent dans les interventions en milieu clinique. De plus, même les programmes scolaires associés à une clinique jeunesse ont montré des résultats plus importants lorsque la clinique se situait à l'extérieur de l'école (Corcoran et al., 1997).

La durabilité des effets est également un aspect important dans les devis présentant des suivis allant de trois mois jusqu'à 12 mois. Ainsi, plusieurs études ont démontré un effet qui ne persistait pas dans le temps (Carey et al., 1997; Haiek et Brochu, 1996; Stanton et al., 1996); seulement une étude a documenté une amélioration des effets escomptés dans le temps (Shain et al., 1999). En ce qui concerne les variables médiatrices, les résultats mettant en lien l'exposition aux interventions et les variables psychosociales se sont montrés très inconsistants.

Au point de vue méthodologique, une des faiblesses importantes observées dans plusieurs des études recensées est un manque d'adéquation entre les postulats sous-jacents et les méthodes d'analyses statistiques utilisées. Ainsi, la majorité des tests statistiques requièrent que l'unité d'analyse soit la même que celle de l'unité de randomisation, ce qui n'est pas le cas de plusieurs études recensées. En effet, dans les interventions visant la modification de comportements, un souci particulier doit être porté à la randomisation des établissements ou des groupes (O'Leary et al., 1997), ceci afin d'éviter une contamination entre les groupes exposés à l'intervention et les groupes contrôles. De plus,

l'utilisation des analyses paramétriques permettant de comparer des effets sur le comportement entre les groupes expérimental et contrôle suppose une distribution normale des variables dépendantes telles que les fréquences des relations sexuelles sans protection ou protégées par le préservatif. Malgré le fait que les techniques statistiques fréquemment utilisées soient robustes (O'Leary et al., 1997), la plupart des études ont négligé de mentionner si la distribution des variables concernées déviait de la normalité, ce qui aurait alors invalidé l'utilisation de tests paramétriques.

Finalement, la plupart des évaluations réalisées n'ont pas tenu compte d'une dimension essentielle dans la mesure de l'utilisation du préservatif soit, la raison pour laquelle il est utilisé (Abraham et Sheeran, 1994; Goodrich et al., 1998). En effet, la relation inverse entre la prise de contraceptifs oraux et l'utilisation du préservatif supporte l'hypothèse que le préservatif (spécialement quant il est employé seul) est utilisé davantage comme un moyen de prévention des grossesses que comme un moyen de prévention des MTS et du sida (Crosby, 1998). Toutefois, la plupart des recherches recensées ne font aucune distinction à cet égard. Une façon d'obtenir cette information est de mesurer l'utilisation des contraceptifs oraux, mais seulement une étude a utilisé cette approche (Haiek et Brochu, 1996). Cette faiblesse méthodologique peut avoir comme conséquence une surévaluation des effets de l'intervention sur l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention des MTS.

2.2 Les critères d'efficacité des interventions en prévention des MTS-sida

Plusieurs auteurs ont proposé différents critères augmentant les chances de réussite des interventions en prévention des MTS-sida (Abraham et Sheeran, 1994; Bérubé, 1999; Botvin et al., 1995; Fisher et Fisher, 1992; Graham, 1994; Holtgrave et al., 1995; Kirby, 1999; Kirby et al., 1994; Oakley et al., 1995; Rotheran-Borus et al., 1998). Les principaux critères énoncés par ces auteurs se résument dans les points suivants.

Ainsi, un programme efficace :

- doit se baser sur une théorie d'apprentissage social et atteindre les objectifs au moyen de méthodes d'enseignement actives telles que jeux, expériences provoquées, jeux de rôles et l'utilisation des pairs (Graham, 1994; Holtgrave et al., 1995; Kirby, 1999; Kirby et al., 1994; Oakley et al., 1995);

- a des objectifs bien définis et est adapté à la culture propre de la population cible, en respectant entre autres les différences d'âge, le niveau d'éducation, le sexe, l'ethnie (Abraham et Sheeran, 1994; Fisher et Fisher, 1992; Holtgrave et al., 1995; Kirby, 1999; Oakley et al., 1995);

- vise un nombre limité de messages liés aux modifications de comportements sexuels à risque tels que retarder la première relation sexuelle ou utiliser des moyens préventifs efficaces (Kirby, 1999; Kirby et al. 1994). D'autres proposent des interventions qui visent des préoccupations plus larges par rapport à la sexualité (Abraham et Sheeran, 1994; Graham, 1994; Otis et al., 1997);

- doit transmettre de l'information précise sur les risques associés aux relations sexuelles non protégées et sur les comportements à adopter afin de les éviter (Kirby, 1999; Kirby et al., 1994);

- doit inclure des activités qui tiennent compte des pressions sociales (incluant les médias), qui *renforcent* les valeurs individuelles et sociales contre les comportements sexuels à risque et qui aident le développement d'habiletés au niveau de la communication et de la négociation (Botvin et al., 1995; Kirby, 1999; Kirby et al., 1994);

- doit véhiculer des messages qui doivent être diffusés à travers autant de moyens de communication possibles (i.e., les milieux scolaires, de la santé, organismes communautaires, les médias, etc.) (Botvin et al., 1995);

- doit durer suffisamment de temps pour permettre de compléter, de façon adéquate, les activités les plus importantes (Kirby, 1999; Rotheram-Borus et al., 1998);

- doit cibler les enseignants et les pairs adolescents qui semblent les plus motivés et les former (Kirby, 1999).

2.3 L'intervention de type « Cascade aux pairs »

Compte tenu de tous ces éléments, une intervention de type « Cascade aux pairs », basée sur un modèle théorique établi, a été expérimentée en 1992-94 au CLSC du Havre dans la région de Sorel-Tracy au Québec. L'intervention, initiée par des médecins, avait pour objectif d'amener des changements au niveau de l'utilisation du préservatif auprès des adolescentes de 14 à 20 ans qui fréquentaient la clinique jeunesse du CLSC. Dans cette intervention de type « Cascade aux pairs », l'adolescente à l'étude devenait « tutrice » de deux amies qu'elle choisissait. Après avoir été recrutée dans l'étude, l'adolescente-tutrice devait rencontrer simultanément « ses amies » à trois reprises et utiliser avec elles, du matériel comprenant des activités et jeux de société fournis par les médecins, sous la forme de pochettes. Après chacune des rencontres « tutrice-amies », la tutrice rencontrait son médecin pour discuter des résultats et expériences vécues. À partir de ces rencontres, l'intervention visait à amener des modifications de comportements chez la tutrice. Une description détaillée de l'intervention a déjà été présentée dans des publications antérieures (Haiek et Brochu, 1996; Haiek et al., 1997; Haiek et Brochu, 1997).

L'évaluation de l'intervention 1992-94 s'est réalisée selon un devis quasi-expérimental de type prétest, post-test avec groupe témoin non équivalent. Les résultats de cette étude indiquent que les adolescentes qui ont participé à l'intervention de type « Cascade aux pairs » ont utilisé le préservatif dans leurs relations sexuelles vaginales, anales et orales d'une façon significativement plus élevée à la fin de l'intervention de trois mois (environ 15 % de plus) que les adolescentes qui n'ont pas participé à cette intervention. Cependant, après six mois de suivi, l'effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif n'a pas persisté. Les adolescentes du groupe expérimental ont également maintenu une attitude plus favorable à l'égard du préservatif comparativement aux participantes du groupe témoin. Quant à l'appréciation de l'intervention par les participantes, 63 des 70 filles qui ont donné des commentaires écrits se disaient très contentes d'avoir participé. Elles mentionnaient avoir trouvé les activités très intéressantes et plusieurs exprimaient un intérêt de participer à nouveau à ce type d'activités; toutefois, trois filles de 18 ans et plus ont trouvé que les activités suggérées s'adressaient plutôt à une clientèle plus jeune. Une des limites de cette étude se situait au niveau de l'adaptation et la modification graduelle de l'intervention quant au plan initial : en effet, à cause de la nature complexe de l'intervention, des ajustements et modifications ont été effectués durant la

recherche, ce qui a pu affecter la validité des résultats. De plus, l'effet de l'intervention de type « Cascade aux pairs », n'a pas été mesuré chez les amies.

À la lumière des enseignements et résultats de cette première expérimentation, la présente intervention a été proposée avec les changements recommandés afin de la rendre potentiellement plus efficace (Haiek et al., 1997; Haiek et Brochu, 1997). Avec à la base le même modèle théorique, la stratégie de type « Cascade aux pairs » a été utilisée en tentant cette fois de maintenir le comportement recherché à plus long terme, par des interventions de renforcement et en tentant de mesurer l'effet de l'intervention non seulement sur le comportement de la tutrice mais également sur le comportement des amies choisies. Donc, l'intervention proposée s'est déroulée de la manière suivante :

- lors d'une consultation à la clinique jeunesse, le médecin traitant ou l'infirmière remettait à une adolescente, après avoir obtenu son consentement pour participer à l'étude, l'ensemble du matériel d'intervention pour les trois premiers mois (trois pochettes à utiliser, une à la suite de l'autre sur une période d'environ trois mois);
- la tutrice identifiait deux amies avec lesquelles elle effectuait les activités des trois premières pochettes;
- environ trois mois après la première consultation, une quatrième et dernière pochette contenant du matériel pour une rencontre de renforcement était postée à la tutrice, matériel destiné à elle et ses amies.

Une description plus exhaustive de l'intervention est présentée à la section 5.

Modèle théori

Chapitre 3

MODÈLE THÉORIQUE

Le modèle utilisé est le même que celui préconisé dans la première expérimentation (Haiek et Brochu, 1996). Il s'agit d'une combinaison de diverses approches théoriques en éducation à la sexualité : la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985; Fishbein et Ajzen, 1975), la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977; Bandura, 1982) et la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1979).

Tout comme dans l'intervention antérieure, en plus de viser l'amélioration des connaissances, le modèle théorique élaboré cherchait à favoriser le développement d'attitudes et d'intentions responsables et l'acquisition d'habiletés techniques et sociales pouvant contribuer à augmenter le taux d'utilisation du préservatif.

Dans la même optique, ce projet tentait de combler les lacunes notées à la suite de l'évaluation de la première intervention et plus particulièrement, les manques au niveau des mesures de renforcement. En effet, quoique présent dans le modèle d'intervention initial, l'aspect « renforcement » était peu exploité lors de la première expérimentation.

Par conséquent, en considérant que l'évaluation originale avait démontré que l'effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif ne persistait pas à six mois, il a été jugé pertinent d'ajouter une quatrième rencontre de renforcement. Ainsi, dans la présente étude, les composantes du volet renforcement ont été développées en concevant des jeux et des activités spécifiques pour cet aspect. Afin de suivre la séquence proposée par la théorie d'apprentissage social, cette rencontre avait lieu suffisamment de temps après les trois premières pour permettre aux participantes d'assimiler et de pratiquer, dans leur milieu naturel, les habiletés sociales acquises pendant les rencontres précédentes (Gillmore et al., 1997; Kirby, 1994; Rotheram-Borus et al., 1998).

Hypothèses de reche

Chapitre 4

Hypothèses de recherche

4.1 Hypothèse principale

Hypothèse 1 : La participation dans un programme de type « Cascade aux pairs » amènera chez les participantes une augmentation dans la proportion des relations sexuelles totales et vaginales[1] protégées par le préservatif. Par relation sexuelle totale, nous faisons référence aux relations sexuelles avec pénétration vaginale, pénétration anale et pénétration orale avec échange de fluides[2].

4.2 Hypothèses secondaires

Hypothèse 2 : La participation dans un programme de type « Cascade aux pairs » amènera une augmentation dans la proportion des adolescentes qui utilisent le préservatif de façon constante (100 %) lors de leurs relations sexuelles totales.

Hypothèse 3 : La participation dans un programme de type « Cascade aux pairs » amènera chez les adolescentes-tutrices une augmentation dans la proportion des relations sexuelles totales et vaginales protégées par le préservatif.

Hypothèse 4 : La participation dans un programme de type « Cascade aux pairs » amènera chez les adolescentes-amies une augmentation dans la proportion des relations sexuelles totales et vaginales protégées par le préservatif.

Hypothèse 5 : L'effet de l'intervention au niveau de l'utilisation du préservatif sera plus prononcé chez les tutrices que chez les amies.

1 Étant donné qu'il s'agit de la pratique sexuelle la plus répandue, nous avons formulé une hypothèse distincte pour les relations sexuelles vaginales.

2 Les relations sexuelles vaginales et anales non protégées comportent des risques élevés de transmission de MTS et du sida. Les risques associés aux relations sexuelles orales demeurent incertains étant donné la difficulté de trouver des individus qui pratiquent uniquement ce type de relations.

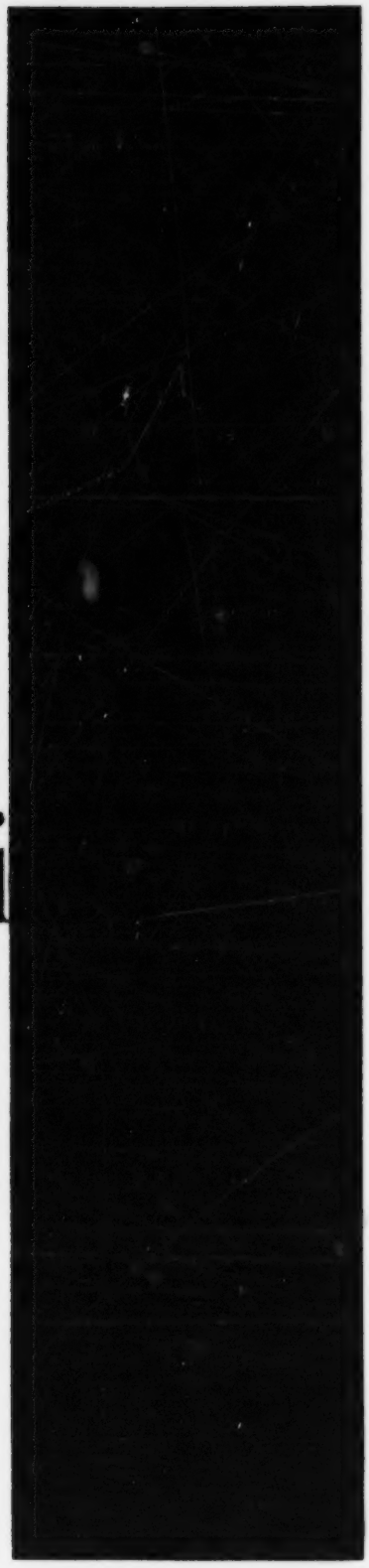
4.3 Hypothèses médiatrices

Hypothèse 6 : Les adolescentes ayant participé à un programme de type « Cascade aux pairs » auront une plus forte intention d'utiliser le préservatif que les jeunes n'y ayant pas participé.

Hypothèse 7 : Les adolescentes ayant participé à un programme de type « Cascade aux pairs » auront une attitude plus positive face à l'utilisation du préservatif que les jeunes n'y ayant pas participé.

Hypothèse 8 : Les adolescentes ayant participé à un programme de type « Cascade aux pairs » auront une meilleure perception de contrôle face à l'utilisation du préservatif que les jeunes n'y ayant pas participé.

Hypothèse 9 : Les adolescentes ayant participé à un programme de type « Cascade aux pairs » auront une norme morale plus favorable face à l'utilisation du préservatif que les jeunes n'y ayant pas participé.



Interventi

Chapitre 5

INTERVENTION

5.1 Historique de l'intervention

L'idée originale de cette recherche est née de la réflexion des chercheures cliniciennes à l'occasion de leur travail avec la clientèle adolescente. Les intervenants œuvrant dans les cliniques jeunesse sont confrontés quotidiennement avec le fait que les adolescentes consultent ces services fréquemment pour la prescription de contraceptifs oraux. Par conséquent, des efforts sont déployés pour que d'une part, les adolescentes soient adéquatement informées du mode d'utilisation et des effets secondaires des contraceptifs oraux et d'autre part, encouragées à utiliser les contraceptifs oraux de façon constante. Cette énergie pour la promotion des contraceptifs oraux ne se retrouve toutefois pas lorsqu'il s'agit de la promotion de l'utilisation du préservatif, comportement difficilement explicable quant on sait que la prise de contraceptifs oraux est un déterminant majeur dans l'abandon de l'utilisation du préservatif.

Devant ces faits, l'intervention de type « Cascade aux pairs », initiée par des médecins de première ligne travaillant dans une clinique jeunesse de la Montérégie, visait la prescription de l'utilisation du préservatif d'une façon plus efficace et prononcée que la simple mention de la pertinence de son utilisation lors de l'ordonnance de contraceptifs oraux. Pour ce faire, l'intervention originale combinait deux approches complémentaires : l'intervention par petits groupes d'amies associée au counselling individuel fait par des professionnels de la santé.

L'utilisation des pairs dans cette intervention n'était pas de type traditionnel où un « modèle pair » qui a adopté le comportement désiré, est présenté aux groupes d'adolescentes afin que ces dernières se conforment à la norme. Dans l'intervention « Cascade aux pairs », la position individuelle des adolescentes (tutrices et amies) par rapport à l'utilisation du préservatif n'était pas connue. Cette intervention misait davantage sur les interactions lors des rencontres en petits groupes (tutrice et ses amies) et les questionnements soulevés par les activités pour améliorer les attitudes, les intentions et les comportements vis-à-vis l'utilisation du préservatif. Dans le même ordre d'idée, le counselling individuel réalisé auprès de la tutrice, effectué à la suite des rencontres en petits groupes, visait à renforcer le message de prévention contenu dans les différentes activités en discutant des résultats et des expériences vécues par les participantes.

5.2 Description de l'intervention

L'intervention consistait en un programme de type « Cascade aux pairs ». Dans ce type d'intervention, une adolescente, dans ce cas-ci recrutée dans le milieu clinique, devenait « tutrice » de deux amies qu'elle choisissait pour former une équipe. Le groupe ainsi formé (tutrice et ses deux amies) devait se rencontrer à quatre reprises afin d'utiliser le matériel éducatif fourni par les

chercheures sous la forme de pochettes d'intervention. À l'annexe 2, nous présentons les objectifs généraux et spécifiques de l'intervention et les activités correspondant à ces objectifs et à l'annexe 3, nous décrivons plus en détail les types d'activités utilisés pour chacune des pochettes d'intervention.

De manière générale, les 14 jeux et activités compris dans les quatre rencontres visaient à donner aux adolescentes des habiletés techniques : choix du préservatif, manipulation adéquate, potentiel érotique, inventaire et réponses aux différents problèmes d'utilisation mais par-dessus tout, ces jeux et activités visaient à aider les adolescents à développer leurs habiletés sociales *(social skills)* en termes de capacité à assumer un leadership, de capacité à négocier, de capacité à dialoguer et de capacité à exiger. Dans le ton de l'approche utilisée, l'utilisation du préservatif ne devait plus être une alternative de deuxième ordre en matière de prévention mais devait devenir la norme : « Sans condom c'est non, même si je prends la pilule ».

Deux modifications majeures ont été apportées par rapport à l'intervention effectuée en 1992-94. D'abord, le contenu de l'intervention a été révisé et adapté à la suite d'une analyse critique des éléments pédagogiques de l'intervention initiale. Ces éléments ont été examinés au moyen d'une compilation de données et commentaires formulés sur des feuilles support complétées par les équipes tutrice-amies lors de l'intervention initiale et retournées à l'équipe de recherche. Cette analyse du matériel pédagogique est présentée dans une autre publication (Haiek et al., 1997). Cela a donc amené les chercheures à modifier ou enlever certains jeux ou activités inclus dans la présentation originale ainsi qu'à en ajouter de nouveaux. Aussi, contrairement à la première intervention, étant donné le contexte actuel d'expérimentation, le volet counselling individuel fait par les professionnels a été délaissé.

5.3 Matériel d'intervention

- Une première enveloppe comportant une pochette de démarrage qui expliquait le déroulement du projet et les pochettes #1, #2 et #3 formaient la première partie de l'expérimentation.

- Une seconde enveloppe, envoyée au début du quatrième mois de suivi, comportait la pochette #4 ainsi que la grille d'activités sexuelles.

- La présentation était la même pour chacune des pochettes à effectuer soit :

  - ✓ une lettre d'introduction expliquant le déroulement de la rencontre et un espace prévu pour que les adolescentes puissent donner des commentaires généraux à remplir à la suite à la rencontre;

  - ✓ une enveloppe par activité ou jeu contenant une feuille d'instructions, le matériel nécessaire à l'activité ou au jeu et une feuille à compléter par les jeunes pour commentaires ou questions se rapportant à l'activité réalisée, le tout, accompagné d'une enveloppe retour pré-affranchie.

Une attention particulière a été portée sur la présentation du matériel afin de le rendre attirant pour la clientèle. Un exemplaire du matériel d'intervention est disponible sur demande aux chercheures.

Méthodolog

Chapitre 6

MÉTHODOLOGIE

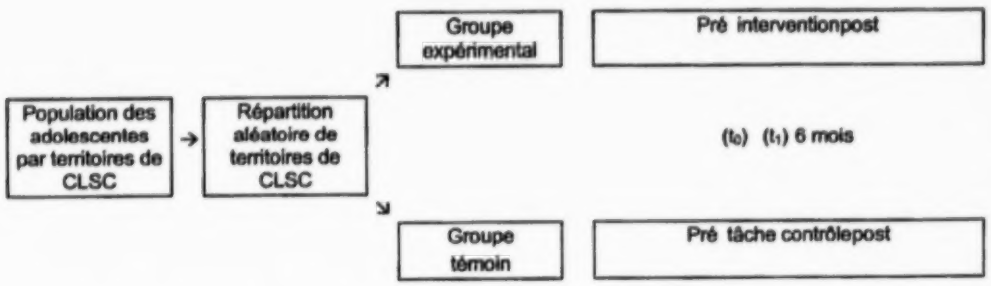
6.1 Devis de l'étude

L'évaluation des effets de l'intervention a été réalisée à l'aide d'une expérimentation provoquée. Un devis de recherche expérimental de type prétest, post-test avec groupe témoin aléatoire a été employé (figure 6.1). L'instrument utilisé pour mesurer l'effet de l'intervention consistait dans deux questionnaires téléphoniques administrés aux adolescentes à l'entrée de l'étude et après six mois de suivi.

Toutes les adolescentes ayant répondu au questionnaire initial (t_0) ont été contactées pour passer le deuxième questionnaire aux environs de six mois plus tard (t_1). Ainsi, les adolescentes étaient contactées même si le degré d'exposition à l'intervention était partiel ou absent. De plus, l'assignation initiale des participantes au groupe expérimental ou au groupe témoin a été respectée malgré les différences observées au niveau du degré d'exposition. L'étude possède donc la propriété principale des essais d'efficacité réelle (*effectiveness trials).*

Figure 6.1

Devis de recherche



Les adolescentes des groupes expérimentaux et témoin ont été recrutées dans la clientèle de dix des CLSC de la Montérégie. L'invitation à participer a été proposée aux 15 CLSC de la région qui offraient des programmes pour une clientèle jeunesse. Au total, dix CLSC ont accepté de participer au projet ce qui a permis de former cinq couples de CLSC se ressemblant sur plusieurs critères décrivant les différentes réalités urbaines, semi-urbaines et rurales de la Montérégie. L'établissement de cinq couples de CLSC a été réalisé selon la méthode de calcul de la distance de Matusita (Junod et Wietlisbach, 1981) afin de déterminer des couples de territoires desservis par les CLSC dont la

comparabilité est optimale. Ainsi, les territoires étaient choisis selon leurs similitudes aux cinq variables suivantes : 1- population totale du territoire; 2- proportion de population de 15-19 ans comparativement à la Montérégie; 3- proportion de personnes à faible revenu; 4- proportion de population rurale comparativement à la population totale du territoire; 5- indice de morbidité (i.e., taux de chlamydiose déclaré pour le territoire). La technique de Matusita se base sur le calcul, pour chacun des couples de CLSC possibles, de cinq distances, une par variable. La moyenne de ces distances calculées constitue le critère de classification des couples possibles. Les cinq couples de CLSC avec les plus petites distances ont été retenus. Pour chacun des cinq couples de CLSC, un CLSC expérimental et un CLSC témoin a été déterminé aléatoirement (tableau 6.1).

Comme la participation d'une adolescente à l'étude était liée à sa démarche de consultation à un CLSC donné, les adolescentes sont donc hiérarchiquement associées à ce dernier. La randomisation n'a pas été faite au niveau de l'adolescente mais bien au niveau du CLSC (*cluster randomization*). L'assignation de l'adolescente au groupe expérimental ou au groupe témoin dépendait du CLSC qu'elle consultait.

Tableau 6.1

Couples de CLSC selon le groupe expérimental et le groupe témoin

Groupe expérimental	Groupe témoin
Jardin du Québec	La Pommeraie
De la Haute-Yamaska	La Presqu'île
Des Maskoutains	Champagnat de la Vallée des Forts
Des Seigneuries	Châteauguay
Seigneurie de Beauharnois	Samuel-de-Champlain

Dans les cliniques jeunesse du groupe expérimental, les adolescentes qui consultaient recevaient, en plus des services réguliers offerts par les médecins et infirmières, l'intervention de type « Cascade aux pairs » telle que définie dans la section 5. Les adolescentes qui consultaient dans les cliniques faisant partie du groupe témoin recevaient, en plus des services réguliers offerts par les médecins et infirmières, une intervention « contrôle » qui consistait en deux pochettes d'intervention visant à améliorer les connaissances sur les problèmes d'alimentation chez les adolescentes tels que l'anorexie, la boulimie et l'obésité, sujets non reliés au programme du groupe expérimental. La tâche contrôle du groupe témoin avait pour but de rendre ce groupe plus comparable au groupe expérimental et ainsi, éviter une source importante de biais de sélection : en effet, l'intervention de type « Cascade aux pairs » requérait une certaine motivation de la part des adolescentes « expérimentées », motivation que nous voulions retrouver chez les adolescentes « témoins ». De plus, pour s'assurer que l'ensemble des participantes aient accès à une information de base sur les deux thématiques abordées dans le questionnaire, des dépliants sur les problèmes d'alimentation étaient inclus dans la pochette de démarrage du groupe expérimental alors que les adolescentes du

groupe témoin recevaient à l'intérieur de leur pochette de démarrage des dépliants portant sur la prévention des MTS.

En fonction des résultats de la première étude (Haiek et Brochu, 1996), la durée totale du suivi a été fixée à six mois pour les deux groupes. Comme il avait déjà été démontré que des modifications de comportements étaient survenues immédiatement après la fin de l'intervention de trois mois (Haiek et Brochu, 1996), il a été décidé de ne pas mesurer à nouveau dans l'actuelle étude les effets immédiats mais plutôt de mesurer les effets potentiels à plus long terme, donc après une période totale de suivi de six mois. Une période de suivi total au-delà de six mois aurait pu amener des pertes d'effectifs très élevées avec le risque inhérent de compromettre la validité des résultats.

6.2 Définition de la population cible et sélection de l'échantillon

La population cible est composée d'une part, des adolescentes-tutrices de 14-18 ans sexuellement actives[3] qui demandent des services de santé et qui résident sur les territoires de CLSC participants, et d'autre part, des amies des premières. Les critères d'exclusion étaient la présence d'un problème médical (invalidité) ou psychosocial majeur et l'incapacité de comprendre la langue française.

Deux raisons nous ont amené à choisir les adolescentes comme population cible. D'abord, les jeunes filles sont les principales utilisatrices des services offerts par les cliniques jeunesse. Ensuite, à partir du moment où les filles décident de prendre des contraceptifs oraux et qu'elles consultent les services de santé pour se les procurer, elles deviennent plus à risque de cesser l'utilisation du préservatif (Haiek et Brochu, 1996; Otis et al., 1991). L'échantillon pour cette étude était donc composé de toutes les adolescentes éligibles ayant consenti à participer. Cet échantillon d'adolescentes est hiérarchisé (cluster) selon les territoires desservis par les CLSC.

6.3 Calcul de la taille d'échantillon

La taille d'échantillon suffisante pour pouvoir mesurer l'effet attendu a été estimée pour les adolescentes-tutrices. Nous avons utilisé une formule pour calculer la taille d'échantillon afin de comparer deux proportions (Kramer, 1988). En fonction des résultats obtenus lors de notre première expérimentation (Haiek et Brochu, 1996) et de notre expérience clinique, en considérant que la majorité des adolescentes qui consultent prennent des contraceptifs oraux, nous avons estimé une proportion entre 25 et 35 % de relations sexuelles protégées par le préservatif. En supposant par exemple, que 30 % des relations sexuelles vécues par les adolescentes du groupe témoin sur une période de six mois post-intervention seraient protégées par le préservatif et que nous voulions démontrer que notre intervention augmentera ce pourcentage chez le groupe expérimental de 20 %, avec un alpha de 0,05 et une puissance de 80 %, 95 participantes étaient nécessaires pour chacun des groupes expérimentaux et témoins. Si on ajoute les pertes d'effectifs anticipées à 20 %, nous avions besoin de 114 participantes tutrices par groupe. Pour les amies, comme elles seraient deux fois plus, soit 228 participantes par groupe, la puissance statistique n'en serait qu'améliorée au moment de les considérer séparément dans certaines analyses.

[3] Nous avons inclus aussi celles qui n'étaient pas sexuellement actives au moment du recrutement mais qui se présentaient pour obtenir des contraceptifs oraux parce qu'elles avaient l'intention de débuter leur vie sexuelle. Ce choix est basé sur le fait que si les contraceptifs oraux sont prescrits, il est justifié de « prescrire » aussi le préservatif.

6.4 Déroulement du projet et procédures de collecte de données

6.4.1 Groupe expérimental

Le déroulement pour le groupe expérimental comprenait une période d'intervention et une période de renforcement et de suivi tel que décrit au tableau 6.2.

Tableau 6.2

Intervention groupe expérimental

	Temps de l'étude	Rencontres « tutrice-amies »	Instruments de mesures
Pré-intervention	Mois 0 (t_0)		Questionnaire initial
Intervention		**Pochette de démarrage** **Pochette #1 (sexualité)** **Pochette #2 (sexualité)** **Pochette #3 (sexualité)**	
Renforcement et suivi	3 mois	Appel de 3 mois et envoi de la 4e pochette + la grille d'activités sexuelles **Pochette # 4 (sexualité)**	Grille d'activités sexuelles
	6 mois (t_1)		Questionnaire de suivi

6.4.2 Groupe témoin

Le déroulement pour le groupe témoin comprenait une période d'intervention et une période de renforcement et de suivi tel que décrit au tableau 6.3.

Tableau 6.3

Intervention groupe témoin

	Temps de l'étude	Rencontres « tutrice-amies »	Instruments de mesures
Pré-intervention	Mois 0 (t_0)		Questionnaire initial
Intervention		**Pochette de démarrage** **Pochette #1 (nutrition)**	
Renforcement et suivi	3 mois	Appel de 3 mois et envoi de la 2e pochette + la grille d'activités sexuelles **Pochette # 2 (nutrition)**	Grille d'activités sexuelles
	6 mois (t_1)		Questionnaire de suivi

6.5 Instruments de mesure

6.5.1 Questionnaires

Deux questionnaires administrés par téléphone ont été développés pour mesurer les comportements sexuels (annexe 4) :

- un questionnaire initial, administré à l'entrée du projet (t_0), inclut des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et les comportements sexuels depuis le début de la vie sexuelle et dans les trois mois précédant l'étude. Pour la tutrice, le questionnaire initial était administré dès que ses coordonnées étaient transmises à l'équipe de recherche, par le médecin ou l'infirmière du CLSC. Les coordonnées des participantes amies ont été recueillies lors du premier contact téléphonique avec les participantes tutrices. Un contact téléphonique était ensuite établi avec chacune des participantes amies afin de leur expliquer le projet et, une fois leur consentement obtenu, pour compléter leur questionnaire initial;

- le deuxième questionnaire, administré par téléphone à la fin de la période de suivi de six mois (t_1), inclut des informations portant sur les comportements sexuels des trois mois précédents;

- les deux questionnaires comprennent également une section portant sur les déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif.

Les questionnaires utilisés étaient semblables à ceux employés dans notre première étude (Haiek et Brochu, 1996; Haiek et Brochu, 1997) qui étaient inspirés eux-mêmes des questionnaires utilisés dans une recherche réalisée dans les écoles secondaires de la Montérégie (Otis et al., 1991). Les principales modifications apportées aux questionnaires mentionnés touchent les variables portant sur les déterminants psychosociaux, ces dernières ayant été réduites afin de diminuer le temps nécessaire à l'administration du questionnaire téléphonique. Finalement, afin de minimiser une erreur différentielle dans la façon de répondre aux questionnaires, une section portant sur les problèmes d'alimentation a été ajoutée au questionnaire. Cette section servait à ce que les participantes du groupe expérimental ne se croient pas les seules « expérimentées » et que les participantes du groupe témoin ne se croient pas les seules « contrôlées ».

6.5.2 Grille d'activités sexuelles

Nous avons développé, dans notre première étude, un instrument d'auto-surveillance qui demandait à la participante d'inscrire, le plus tôt possible, tous les renseignements sur chacune de ses relations sexuelles (vaginale, anale et orale) vécues pendant sa participation au projet. Le même type d'instrument a été utilisé pour la présente étude afin de comptabiliser les relations sexuelles des trois derniers mois de la période de suivi (voir annexe 5). Ainsi, les grilles destinées à la tutrice et aux amies étaient incluses dans l'envoi de la pochette de renforcement, accompagnées d'enveloppes retour pré-affranchies. Lors du contact téléphonique à trois mois, la tutrice était informée sur l'utilisation des grilles pour elle et ses amies. Les participantes étaient également encouragées à consulter leurs grilles complétées afin de répondre au questionnaire au (t_1).

6.5.3 Validité des mesures

Plusieurs raisons nous amènent à soupçonner des inconsistances entre le comportement sexuel réel des individus et ce qu'ils rapportent. Mis à part le biais de désirabilité sociale, même les individus les plus motivés et les plus ouverts peuvent avoir des difficultés à se rappeler combien de fois et avec combien de personnes ils ont eu des comportements sexuels spécifiques. De plus, la recherche dans ce domaine manque de standards de validation (Catania et al., 1990b). Nous avons donc pris plusieurs précautions au niveau de nos instruments de mesure afin de minimiser les deux biais les plus fréquents associés aux mesures du comportement sexuel soit : le biais de rappel et celui de désirabilité sociale (Streiner et Norman, 1989). Pour éviter les erreurs de rappel, nous avons pris les mesures suivantes :

- au niveau des questionnaires, nous avons limité la période de rappel à trois mois : il a déjà été démontré que des adolescentes actives sexuellement, qui se présentent à une clinique de planification familiale, peuvent se rappeler de manière fiable la fréquence des relations sexuelles vaginales et l'utilisation du préservatif pour les deux mois précédant la visite (Catania et al., 1990b). Aussi, considérant la complexité de se rappeler les comportements avec de multiples partenaires, nous avons opté pour la méthode du partenaire par partenaire (Catania et al., 1990b; Winkelstein et al., 1987);

- durant les derniers trois mois de l'étude, nous avons utilisé une grille d'auto-surveillance. Cette grille devait permettre d'obtenir des données sur la fréquence des comportements sexuels et d'éviter les erreurs de rappel (Kelly et al., 1989; Rugg et al., 1991).

Pour minimiser le biais de désirabilité sociale, nous avons pris les mesures suivantes :

- nous avons assuré la confidentialité en utilisant des mots de passe et codes au lieu des noms pour tous les outils de mesure (sauf le consentement qui était classé séparément du reste du matériel de collecte de données);

- nous avons tenté d'utiliser dans nos questions une phraséologie sans préjugé et adaptée à l'âge de la clientèle;

- puisqu'il a été suggéré que certaines activités sexuelles sont sujettes à différents niveaux de biais de désirabilité sociale, nous avons demandé de décrire les activités sexuelles séparément. Par exemple, des auteurs ont démontré que les femmes hétérosexuelles ont peu de difficultés à parler des relations sexuelles vaginales mais qu'elles sont très réticentes à rapporter des relations sexuelles anales (Bolling et Voeller, 1987).

6.6 Définition opérationnelle des variables

6.6.1 Variable indépendante

La variable indépendante était l'exposition ou non à l'intervention telle que décrite à la section 5.2 et 5.3. Il s'agissait d'une variable dichotomique.

6.6.2 Variables dépendantes

Principales : sur une échelle continue : la proportion de relations sexuelles (totales et vaginales seules) protégées par le préservatif dans les trois mois précédents (t_1). Par relation sexuelle totale, nous référons aux relations sexuelles avec pénétration du pénis : vaginale (pénétration dans le vagin avec ou sans éjaculation), ou anale (pénétration dans l'anus avec ou sans éjaculation), ou orale (pénétration dans la bouche avec éjaculation dans la bouche).

Secondaires : sur une échelle dichotomique : l'utilisation du préservatif de façon constante (100 %) lors des relations sexuelles totales dans les trois mois précédents (t_1).

6.6.3 Variables concomitantes

Les variables potentiellement confondantes ou modificatrices de l'effet étaient :

a) Caractéristiques sociodémographiques

Échelle continue :

- ✓ l'âge des participantes;
- ✓ éducation (en années complétées) des participantes.

Échelle catégorielle :

- ✓ niveau de scolarité des parents;
- ✓ fréquentation scolaire des participantes;
- ✓ lieu de résidence physique des participantes;
- ✓ source de revenu des parents;
- ✓ source de revenu des participantes.

b) Caractéristiques comportementales depuis le début de la vie sexuelle

Échelle continue :

- ✓ âge à la première relation sexuelle;
- ✓ nombre de partenaires sexuels;
- ✓ pourcentage de relations sexuelles totales protégées par le préservatif;
- ✓ pourcentage de relations sexuelles vaginales, anales et orales protégées par le préservatif;
- ✓ pourcentage de relations sexuelles totales protégées par les contraceptifs oraux.

Échelle catégorielle :

- ✓ activité sexuelle;
- ✓ méthode de protection lors de la première relation sexuelle;
- ✓ prise de contraceptifs oraux;
- ✓ expérience de grossesse;
- ✓ histoire passée de MTS;
- ✓ durée de la relation affective présente.

c) Caractéristiques comportementales dans les trois mois précédents (t_0) et (t_1)

Échelle continue :

- ✓ nombre de partenaires sexuels;
- ✓ nombre de relations sexuelles totales;
- ✓ nombre de relations sexuelles vaginales, anales et orales;
- ✓ pourcentage de relations sexuelles totales protégées par le préservatif;
- ✓ pourcentage de relations sexuelles vaginales, anales et orales protégées par le préservatif;
- ✓ pourcentage de relations sexuelles totales protégées par les contraceptifs oraux;
- ✓ pourcentage de relations sexuelles totales protégées par les contraceptifs oraux et le préservatif simultanément;
- ✓ nombre de rencontres avec un médecin de CLSC, un médecin de clinique privée, une infirmière de CLSC et l'infirmière de l'école.

Échelle catégorielle :

- ✓ activité sexuelle;
- ✓ prise de contraceptifs oraux;
- ✓ prise de contraceptifs oraux et utilisation du préservatif simultanément.

6.6.4 Variables médiatrices

Les définitions opérationnelles proposées par Otis et al. (1991) ont été utilisées afin de mesurer les variables médiatrices qui font l'objet de cette étude. Les variables retenues sont : les attitudes vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure directe et indirecte), la norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure directe et indirecte), la perception de contrôle comportemental vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure directe et indirecte) et l'intention d'utiliser le préservatif.

Les variables ont été mesurées en fonction d'un contexte précis qui contenait la situation hypothétique suivante :

« Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule... » [4]

Afin de faciliter la lecture des résultats, l'ensemble des facteurs a été ramené sur une échelle de un à sept. Cette uniformisation des échelles permet d'une part, une lecture plus aisée des résultats et d'autre part, une meilleure comparaison entre les facteurs. Pour ce faire, les échelles ont été divisées par le nombre d'items les composant. Par exemple, l'échelle portant sur l'intention d'utiliser le préservatif est construite par la sommation de deux variables divisées par deux (Q6A+Q6C)/2.

- **L'intention d'utiliser le préservatif**

L'intention est mesurée par la sommation de deux items à sept niveaux. Le premier item demandait à la participante dans quelle mesure elle serait « déterminée à utiliser le préservatif »; le second dans quelle mesure elle aurait « l'intention d'utiliser le préservatif ». Cette échelle varie de (1) « *intention faible* » à (7) « *intention forte* ».

- **L'attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif - Mesure directe**

L'attitude est mesurée par deux facteurs. Le premier facteur porte davantage sur la tolérance vis-à-vis l'utilisation du préservatif (désagréable-agréable; repoussant-attirant; déplaisant-plaisant). Il est construit par la sommation des scores obtenus à ces trois énoncés. Cette échelle varie de (1) « en désaccord avec la tolérance vis-à-vis l'utilisation du préservatif - *attitudes négatives* » à (7) « en accord avec la tolérance vis-à-vis l'utilisation du préservatif - *attitudes positives* ». Le second facteur porte, quant à lui, sur la nécessité d'utiliser le préservatif (inutile-utile; irresponsable-responsable; immoral-moral; irréfléchi-réfléchi; et superflu-nécessaire). Il est construit par la sommation des scores obtenus à ces cinq énoncés. Cette échelle varie de (1) « en désaccord avec la nécessité d'utiliser le préservatif - *attitudes négatives* » à (7) « en accord avec la nécessité d'utiliser le préservatif - *attitudes positives* ».

- **L'attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif - Mesure indirecte**

L'attitude est mesurée par deux facteurs. Le premier facteur porte davantage sur les aspects positifs rattachés à l'utilisation du préservatif (sentiment de sécurité, évite les MTS, etc.). Il est construit par la sommation des scores obtenus à cinq énoncés. Cette échelle varie de (1) « en désaccord avec les aspects positifs - *attitudes négatives* » à (7) « en accord avec les aspects positifs - *attitudes positives* ». Le second facteur porte, quant à lui, sur les aspects négatifs rattachés à l'utilisation du préservatif (diminue le plaisir, interrompt le déroulement de la relation, etc.). Il est construit par la sommation des scores obtenus à trois énoncés. Cette échelle varie de (1) « en accord avec les aspects négatifs - *attitudes négatives* » à (7) « en désaccord avec les aspect négatifs - *attitudes positives* ».

4 On sait que l'importance relative des déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif varie selon que l'adolescente prenne des contraceptifs oraux ou non (Otis et al., 1991). Ainsi, pour le présent questionnaire, le contexte d'utilisation des contraceptifs oraux a été choisi parce que la norme transmise par l'intervention encourageait les participantes à utiliser le préservatif même avec la prise de contraceptifs oraux.

- **La norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif - Mesure directe**

La norme subjective est mesurée par la sommation de deux items à sept niveaux. Le premier item demandait à la participante dans quelle mesure « les gens importants pour elle approuveraient qu'elle utilise le préservatif »; le second demandait à la participante dans quelle mesure « les gens importants pour elle l'encourageraient à utiliser le préservatif ». Cette échelle varie de (1) « en désaccord avec l'utilisation du préservatif - *normes subjectives défavorables* » à (7) « en accord avec l'utilisation du préservatif - *normes subjectives favorables* ».

- **La norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif - Mesure indirecte**

La norme subjective est mesurée par deux facteurs. Le premier facteur est davantage associé aux pairs (amis du même sexe et du sexe opposé, le partenaire sexuel). Il est construit par la sommation des scores obtenus à ces trois énoncés. Cette échelle varie de (1) « en désaccord avec l'utilisation du préservatif - *normes subjectives défavorables* » à (7) « en accord avec l'utilisation du préservatif - *normes subjectives favorables* ». Le second facteur est davantage associé aux figures d'autorité (parents, médecin). Il est construit par la sommation des scores obtenus à ces deux énoncés. Cette échelle varie de (1) « en désaccord avec l'utilisation du préservatif - *normes subjectives défavorables* » à (7) « en accord avec l'utilisation du préservatif - *normes subjectives favorables* ».

- **La perception du contrôle comportemental vis-à-vis l'utilisation du préservatif - Mesure directe**

La perception du contrôle comportemental est mesurée par la question suivante : « dans quelle mesure le fait d'utiliser le préservatif ne dépendrait que de toi? ». L'échelle utilisée varie de (1) « très en désaccord - *perception de contrôle faible* » à (7) « très en accord - *perception de contrôle forte* ».

- **La perception du contrôle comportemental vis-à-vis l'utilisation du préservatif (barrières perçues) - Mesure indirecte**

La perception de contrôle est mesurée par la sommation de cinq items à sept niveaux. Pour chacune des barrières énumérées, la participante devait indiquer dans quelle mesure il lui serait facile ou difficile d'acheter elle-même les préservatifs; de défrayer le coût du préservatif; d'obtenir des préservatifs à différents endroits; de l'installer et d'en avoir à portée de la main au bon moment. Cette échelle varie de (1) « très difficile - *perception de contrôle faible* » à (7) « très facile - *perception de contrôle forte* ».

- **La norme morale vis-à-vis l'utilisation du préservatif**

La norme morale est mesurée par la question suivante : « mes principes personnels me laissent croire que je devrais utiliser le préservatif ». L'échelle utilisée varie de (1) « très en désaccord - *norme morale défavorable* » à (7) « très en accord - *norme morale favorable* ».

6.7 Traitements des données brutes

Une première fréquence des résultats bruts a permis de corriger les incongruences qui auraient pu se glisser lors de la saisie. Pour ce qui est de la correction des quelques valeurs manquantes associées aux variables psychosociales, deux techniques différentes ont été utilisées (Levy et Lemeshow, 1980). Ainsi, pour toutes les valeurs manquantes appartenant à des construits à énoncés multiples, nous avons accordé la valeur moyenne que cet individu a obtenu sur l'ensemble des énoncés répondus pour le même construit, à condition qu'au moins 75 % des énoncés de ce construit aient eu une réponse. Pour les variables n'appartenant pas à un construit, mais demandant une réponse plus subjective telles les attitudes et les perceptions, les procédures de corrections usuelles ont été utilisées, soit de donner la valeur modale du groupe en contrôlant pour le genre et l'âge des sujets. Finalement, pour toutes les variables comportementales et sociodémographiques, une correspondance avec d'autres variables a permis dans certains cas de pouvoir faire une correction tout à fait justifiée. Si ces trois méthodes n'ont pas permis de procéder à la correction, la valeur a été déclarée manquante.

Par la suite, afin de démontrer la validité factorielle des variables psychosociales, l'analyse factorielle de type PAF (*Principal Axis Factoring)* avec rotation varimax a permis de décrire le nombre de facteurs présents dans chacune des échelles à l'étude. Cette méthode a déterminé des poids factoriels pour chacun des énoncés sur chacun des facteurs. Tous les énoncés ayant une saturation (facteur loading) supérieure à 0,30 ont été considérés, les autres rejetés (Allen et Yen, 1979; Nunnally, 1978). Les énoncés (plus de deux énoncés) appartenant à une même échelle, puis à un même facteur ont par la suite fait l'objet d'analyses de fiabilité pour en vérifier la consistance interne et déterminer la valeur de l'alpha de Cronbach. Tout énoncé diminuant la consistance interne a été retranché du construit. Dans le cas des facteurs n'ayant que deux énoncés, une corrélation de Pearson a été effectuée, les *r* supérieurs ou égaux à 0,30 ont été retenus.

- **Qualités docimologiques des variables psychosociales**

Afin de mesurer certains concepts tels les attitudes, la perception de contrôle ou l'intention d'utiliser le préservatif, différentes échelles ont été créées. Ces échelles sont formées par la sommation d'au moins deux énoncés mesurant le même concept. Un résumé des qualités docimologiques de l'ensemble des échelles se trouve aux tableaux 6.4 et 6.5. Quant aux analyses utilisées pour leur validation, elles sont détaillées au point 6.7 (traitement des données brutes). De façon à alléger la lecture de ce texte, les tableaux présentant les qualités docimologiques détaillées pour chacune des échelles utilisées se trouvent en annexe 6.

Tableau 6.4

Qualités docimologiques des variables à l'étude au (t_0)

Variables	Nombre d'énoncés	Variation expliquée %	Consistance interne
Variables médiatrices			
Intention d'utiliser le préservatif :			
• Échelle globale :	2	–	r = 0,86
Attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure directe)			
• Échelle globale :	8	53,28	∝ = 0,83
• Tolérable :	3	40,99	∝ = 0,87
• Nécessaire :	5	12,29	∝ = 0,75
Attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure indirecte)			
• Échelle globale :	8	44,17	∝ = 0,73
• Positive :	5	31,07	∝ = 0,72
• Négative :	3	13,09	∝ = 0,75
La perception de contrôle comportemental vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure indirecte)			
• Échelle globale :	5	25,72	∝ = 0,61
Norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure directe)			
• Échelle globale :	2	–	r = 0,65
Norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure indirecte)			
• Échelle globale :	5	42,47	∝ = 0,58
• Pairs :	3	30,25	∝ = 0,63
• Figures d'autorité :	2	12,22	r = 0,40

∝ = alpha de Cronbach calculé sur les facteurs à 3 énoncés ou plus.
r = corrélation de Pearson calculée sur les facteurs à 2 énoncés.

Tableau 6.5

Qualités docimologiques des variables à l'étude au (t_1)

Variables	Nombre d'énoncés	Variation expliquée %	Consistance interne
Variables médiatrices			
Intention d'utiliser le préservatif :			
• Échelle globale :	2	–	r = 0,79
Attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure directe)			
• Échelle globale :	8	57,98	= 0,86
• Tolérable :	3	47,15	= 0,90
• Nécessaire :	5	10,83	= 0,77
Attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure indirecte)			
• Échelle globale :	8	51,44	= 0,79
• Positive :	5	37,06	= 0,80
• Négative :	3	14,38	= 0,79
La perception de contrôle comportemental vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure directe)			
• Échelle globale :	5	27,84	= 0,62
Norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure directe)			
• Échelle globale :	2	–	r = 0,76
Norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif : (mesure indirecte)			
• Échelle globale :	5	59,49	= 0,73
• Pairs :	3	43,63	= 0,74
• Figures d'autorité :	2	15,86	r = 0,62

α = alpha de Cronbach calculé sur les facteurs à 3 énoncés ou plus.
r = corrélation de Pearson calculée sur les facteurs à 2 énoncés.

6.8 Analyse de données

Dans un premier temps, nous avons procédé à la vérification de la normalité pour la variable dépendante telle que décrite dans les hypothèses de recherche (pourcentage d'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles totales au (t_1)). Les résultats de ces analyses montrent une distribution asymétrique et aplatie, le degré de signification du test Kolmogorov-Smirnov ($p \leq 0,0001$) démontrant un rejet de la normalité (tableau 6.6). En effet, on constate une distribution bimodale de la variable qui dénote une concentration des sujets dans les comportements extrêmes (voir figure 6.2). Le phénomène se présente de manière semblable pour chaque regroupement d'adolescentes par CLSC (cluster) ce qui écarte l'hypothèse que la hiérarchie territoriale crée les deux modes rencontrés dans la distribution discutée. Les répercussions de cette anormalité, qu'il est impossible de corriger, a obligé l'utilisation de tests non paramétriques pour explorer les différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin quant à l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles

totales. Cette décision a également remis en cause la vérification des l'hypothèses 1, 3, 4 et 5 telles que décrites à la section 7.3.

Tableau 6.6

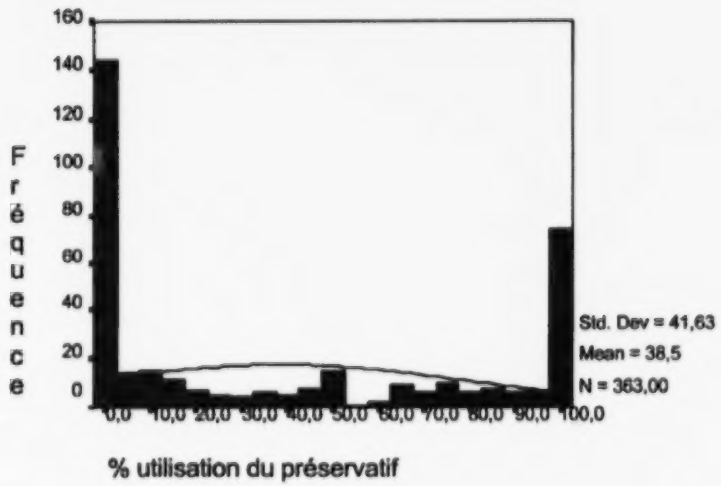
Test de normalité[1]

Variables	Statistiques	p
Pourcentage des relations sexuelles totales protégées par le préservatif au (t_1)	0,223	0,0001

[1] Kolmogorov-Smirnov.

Figure 6.2

Pourcentage des relations sexuelles totales protégées par le préservatif au (t_1)



Dans un deuxième temps, nous avons procédé aux analyses univariées permettant d'une part, de vérifier la cohérence de l'ensemble des variables et d'autre part, de décrire l'échantillon final. Des analyses bivariées ont ensuite été réalisées : ces analyses ont permis de voir les différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin sur l'ensemble des variables sociodémographiques, comportementales et psychosociales, ainsi que de faire une première vérification des hypothèses à l'étude. En ce qui concerne les analyses bivariées pour les variables de type continu, le test de t de Student a été utilisé lors des analyses paramétriques, alors que le test de Mann-Whitney a été utilisé lors des analyses non-paramétriques. Quant aux variables de type catégoriel, le test du chi-carré a été employé. Pour l'ensemble de ces tests, une différence était considérée significative lorsque le degré de signification était inférieur ou égal à 0,05.

La quatrième et dernière partie a consisté en la vérification des hypothèses par les analyses multivariées. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'impossibilité de traiter la variable

dépendante dans sa forme continue n'a pas permis la vérification des hypothèses 1, 3, 4 et 5 par ce type d'analyses. Toutefois, étant donné la nature (catégorielle) de la variable mesurant l'utilisation du préservatif de façon constante, la vérification de l'hypothèse 2 a pu être réalisée à l'aide de la régression logistique. Nous avons fixé les critères d'inclusion de cette dernière à $p \leq 0,05$ alors que les critères d'exclusion étaient de $p \leq 0,10$. Pour les variables mesurant les aspects psychosociaux, étant donné leur nature continue, l'analyse de régression multiple a été utilisée permettant ainsi la vérification des hypothèses médiatrices. Quant au seuil de signification accordé aux analyses de régression multiple, il a été fixé à $p \leq 0,05$. Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS 10.0 pour Windows. De façon générale, la structure hiérarchique des données par territoire de CLSC aurait pu être considérée dans les analyses avec d'autres progiciels de statistiques (HLM, SAS 8.0/MIXED) mais la pertinence d'appliquer ce genre d'analyses complexes fut remise en cause considérant les résultats des analyses bivariées obtenus dans le prochain chapitre.

6.9 Considérations déontologiques

Le consentement éclairé de chaque participante a été obtenu par écrit. Nous avons suggéré aux participantes d'informer leurs parents sur leur participation à l'étude; pour ce faire, une lettre explicative a été insérée avec le matériel d'intervention, la jeune pouvant ainsi s'y référer ou si elle le désirait, la remettre à ses parents. Les adolescentes ont été informées de l'objectif général de l'étude, toutefois, elles n'ont pas été informées des hypothèses à l'étude ni du déroulement et contenu de l'intervention dans les autres CLSC participants. De plus, comme les adolescentes se présentaient aux cliniques pour soins médicaux, elles étaient clairement informées du fait qu'elles étaient totalement libres de participer ou non à la recherche, que leur condition et leur traitement ne seraient en rien modifiés par leur décision et qu'elles pourraient se retirer de l'étude à tout moment sans préjudice. La confidentialité était assurée en utilisant des codes au lieu des noms dans tous les outils de mesure. Finalement, afin de favoriser une meilleure participation des sujets et éviter une perte de suivi, une rétribution minime sous forme de petits cadeaux de moins de 5 $ a été offerte aux participantes; ce processus n'a toutefois pas constitué une entrave à la liberté de choix, il visait plutôt à renforcer la participation des sujets ayant déjà consenti. Le protocole de recherche a été soumis et accepté au comité de déontologie du Centre de recherches cliniques de l'hôpital Charles LeMoyne.

Résu

Chapitre 7

RÉSULTATS

Cette section comprend quatre parties distinctes. Dans la première partie, nous présenterons le processus d'implantation de l'intervention ainsi que les différents problèmes liés au recrutement et au suivi des participantes. Suivra dans la seconde partie, la présentation des résultats des analyses descriptives afin de comparer les participantes du groupe expérimental et du groupe témoin sur les différentes variables sociodémographiques, comportementales et psychosociales, et cela, au (t_0) et au (t_1). La troisième partie, qui vérifie les hypothèses à l'étude, présentera les effets de l'intervention sur l'utilisation du préservatif selon l'échantillon total et selon le statut de la participante (tutrice/amie). Finalement, la dernière partie exposera les effets de l'intervention sur les déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif.

7.1 Implantation de l'intervention

7.1.1 Recrutement des participantes

Le recrutement des participantes devait débuter en janvier 1998 pour une période de six mois. À la suite de la crise du verglas qui a affecté notamment la région de la Montérégie (en laissant six des dix territoires de CLSC participants avec une panne électrique de plus de 21 jours), le début du recrutement a été retardé et s'est finalement échelonné durant près de 12 mois se terminant en décembre 1998.

Selon la stratégie prévue, les adolescentes étaient invitées à participer à l'étude par le médecin ou l'infirmière lors d'une visite à la clinique jeunesse du CLSC, ces cliniques offrant leurs services au CLSC même ou à l'école fréquentée par l'adolescente. Le professionnel devait expliquer l'étude à la jeune fille. Si cette dernière se montrait intéressée et si elle jugeait pouvoir trouver deux amies pour participer avec elle aux activités, le professionnel lui remettait le matériel d'intervention et prenait en note les informations de base (nom, adresse, numéro de téléphone) permettant à une technicienne de recherche de rejoindre l'adolescente. Le médecin ou l'infirmière transmettait ensuite les coordonnées de la jeune fille par télécopieur à l'équipe de recherche. Une technicienne de recherche devait alors prendre contact avec la participante pour vérifier la compréhension de l'adolescente quant à son engagement dans l'étude, pour lui administrer par téléphone son questionnaire initial et pour lui demander les coordonnées de ses amies. Par la suite, les deux amies étaient rejointes afin d'obtenir leur consentement à participer à l'étude. Une fois que le consentement (téléphonique) était obtenu, la technicienne pouvait procéder à l'administration du questionnaire initial pour les amies (leur formulaire de consentement était inclus dans le matériel d'intervention, il était signé lors de la première rencontre et retourné aux chercheures par la poste).

Toutefois, en juin 1998, le taux de recrutement était grandement inférieur au nombre prévu, cela s'expliquant principalement par la crise du verglas. Ainsi, il a été décidé de remédier à ce problème majeur en embauchant des techniciennes de recherche avec une formation en sexologie pour aider certains CLSC à recruter les participantes durant les heures de clinique.

Cette stratégie s'est avérée très concluante pendant la période estivale et fut prolongée durant l'automne. Toutefois, ce n'est pas l'ensemble des CLSC qui ont bénéficié de cette aide puisque seulement six CLSC (de la Haute-Yamaska, des Maskoutains, des Seigneuries, Seigneurie de Beauharnois, La Presqu'Île et Châteauguay) sur dix ont accepté l'aide d'une technicienne pour le recrutement.

Dans ces CLSC, la technicienne de recherche approchait les adolescentes dans la salle d'attente et leur proposait de participer à la recherche. Si l'adolescente était intéressée et éligible, la technicienne lui expliquait le projet de façon plus détaillée, lui faisait signer le formulaire de consentement et lui remettait le matériel d'intervention. Une fois recrutée, la participante était soumise aux mêmes procédures que celles mentionnées précédemment.

7.1.2 Suivi des participantes

Une fois que chacune des membres de l'équipe « tutrice-amies » avait complété son questionnaire initial, elles devaient débuter les rencontres (trois pour le groupe expérimental, une pour le groupe témoin). Ces rencontres, d'une durée approximative d'une heure, devaient avoir lieu dans les trois mois suivant le recrutement. À la suite de chacune des rencontres, la tutrice devait faire parvenir aux chercheures les feuilles support complétées (ainsi que le consentement écrit de ses amies une fois que ces dernières l'avait signé). Trois mois plus tard, la technicienne de recherche devait entrer en contact avec la tutrice afin de s'assurer du bon déroulement de l'intervention et pour vérifier son adresse postale afin d'effectuer le prochain envoi. À la suite de ce contact, le matériel pour la rencontre de renforcement et les grilles d'activités sexuelles pour chacune des membres de l'équipe étaient postés à la tutrice. À la fin de la période de suivi de six mois, l'ensemble des participantes étaient contactées afin de compléter le deuxième questionnaire. Ensuite un petit cadeau, pour chacune des membres de l'équipe, était envoyé à la tutrice pour les remercier de leur engagement au projet.

7.1.3 Perte d'effectif et échantillon final

Au total, 626 adolescentes soit 229 tutrices et 397 amies ont été recrutées pour l'étude. Pour ce qui est des tutrices, la perte d'effectif s'est produite à différentes étapes du projet (tableau 7.1). Tout d'abord, 23 jeunes filles (huit du groupe expérimental et quinze du groupe témoin) n'ont pu être contactées ou se sont désistées entre le moment où elles ont été recrutées et le moment de l'administration du premier questionnaire; n'ayant aucune information sur ces adolescentes, elles ont été exclues des analyses. Par la suite, dix-huit jeunes filles (douze du groupe expérimental et six du groupe témoin) ont quitté l'étude après avoir complété le premier questionnaire téléphonique (t_0), ces participantes ont été considérées pour les analyses au (t_0), toutefois, comme elles n'ont pas pu compléter le 2^e questionnaire, elles n'ont pas été considérées dans les analyses au (t_1).

Quant aux participantes ayant le statut d'amie, étant donné que le consentement à participer à l'étude était recueilli lors de la première mesure (t_0), les pertes d'effectifs pour ce groupe se situent seulement entre l'administration du (t_0) ou du (t_1). Tout d'abord, trois adolescentes ont été exclues de l'ensemble des analyses étant donné qu'elles avaient déjà commencé à faire les activités quand elles ont été contactées pour compléter le questionnaire initial au (t_0). On note également que 50 jeunes filles (30 du groupe expérimental et 20 du groupe témoin) ont quitté l'étude après avoir complété le premier questionnaire téléphonique au (t_0). Ainsi, l'ensemble des amies recrutées, à l'exception des trois mentionnées précédemment, sont incluses dans les analyses au (t_0), cependant, celles n'ayant pas complété le dernier questionnaire ne se retrouvent pas dans les analyses au (t_1).

Tableau 7.1

Pertes d'effectifs

Temps	Tutrices	Amies	Total
Recrutement initial	229	397	626
Données brutes (t_0)	206	397	603
Données corrigées (t_0)	206	394	600
Données (t_1)	188	344	532
Taux d'attrition	*17,9 %*	*13,4 %*	*15,0 %*

Au total 600 adolescentes ont été retenues pour l'étude, soit 206 tutrices (121 pour le groupe expérimental et 85 pour le groupe témoin) et 394 amies des premières (230 pour le groupe expérimental et 164 pour le groupe témoin). Le tableau 7.2 présente en détail le nombre de tutrices et amies recrutées dans le groupe expérimental et le groupe témoin selon les cinq couples de CLSC.

Tableau 7.2

Nombre de participantes selon le groupe expérimental et le groupe témoin par paires de CLSC

Groupe expérimental	Tutrices	Amies	Groupe témoin	Tutrices	Amies
Jardin du Québec	18	39	La Pommeraie	4	9
Haute-Yamaska	44	77	La Presqu'île	30	58
Des Maskoutains	22	42	Champagnat de la Vallée des Forts	12	23
Des Seigneuries	21	43	Châteauguay	36	67
Seigneurie de Beauharnois	16	29	Samuel-de-Champlain	3	7
	351			**249**	

Des analyses (tableau 7.3) ont par la suite été réalisées afin de comparer l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et comportementales des filles ayant quitté l'étude à celles des participantes l'ayant complétée. Les filles des deux groupes montrent des caractéristiques semblables à l'exception de trois variables. Ainsi, les participantes ayant quitté l'étude sont plus jeunes que les autres participantes. On constate également qu'elles ont eu leur première relation sexuelle à un âge plus précoce, résultat pouvant s'expliquer par le fait que les filles ayant abandonné l'étude sont plus jeunes que les participantes l'ayant complétée. Finalement, on remarque que les adolescentes ayant quitté l'étude ont rapporté avoir eu davantage de MTS que les autres participantes.

Tableau 7.3

Caractéristiques sociodémographiques et comportementales des adolescentes ayant quitté l'étude et celles l'ayant complétée

VARIABLES *(C=n; Q=n)*	Sujets ayant complété (n=426)	Sujets ayant quitté (n=50)	Degré de signification
	M, ± E-T	M, ± E-T	
Âge des participantes[1] (C=426; Q=50)	16,1 ± 1,2	15,8 ± 1,4	*
Âge à la première relation[1] (C=426; Q=50)	14,6 ± 1,4	14,0 ± 1,4	**
% des relations sexuelles totales protégées par la pilule[1] (C=330; Q=41)	70,0 ± 34,3	71,4 ± 34,8	ns
	M, ± E-T	M, ± E-T	
% des relations vaginales protégées par le préservatif[2] (C=412; Q=48)	66,8 ± 34,8	65,9 ± 33,5	ns
% des relations anales protégées par le préservatif[2] (C=55; Q=7)	37,2 ± 45,0	35,7 ± 47,6	ns
% des relations orales protégées par le préservatif[2] (C=213; Q=25)	4,7 ± 17,7	6,6 ±21,9	ns
	%	%	
Histoire passée de MTS[3] (C=426; Q=50)			
• Oui	3,5	14,0	**
• Non	96,5	86,0	

[1] Test de t de Student.
[2] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
[3] χ^2 de Pearson.
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

7.1.4 Degré d'exposition à l'intervention

Tel que mentionné précédemment, le degré d'exposition maximale supposait que les participantes du groupe expérimental devaient compléter quatre pochettes portant sur la sexualité alors que les participantes du groupe témoin devaient compléter deux pochettes portant sur la nutrition. Le tableau 7.4 présente le nombre de participantes du groupe expérimental et du groupe témoin ayant complété les pochettes et cela, selon le statut de cette dernière. Globalement, seulement 30 % des tutrices et 24 % des amies disent avoir été exposées à l'ensemble de l'intervention.

Tableau 7.4

Nombre de pochettes complétées par les participantes au (t_1) selon leur statut

Nombre de pochettes complétées portant sur la sexualité	Groupe expérimental		Nombre de pochettes complétées portant sur la nutrition	Groupe témoin	
	Tutrices	Amies		Tutrices	Amies
Aucune pochette	8 (7,4 %)	32 (15,9 %)	Aucune pochette	18 (22,5 %)	42 (29,4 %)
Pochette #1	12 (11,1 %)	26 (12,9 %)	Pochette #1	25 (31,3 %)	39 (27,3 %)
Pochette #1 #2	16 (14,8 %)	27 (13,4 %)	Pochette #1 #2	37 (46,3 %)	62 (43,4 %)
Pochette #1 #2 #3	40 (37,0 %)	67 (33,3 %)		n.a.	n.a.
Pochette #1 #2 #3 #4	32 (29,6 %)	49 (24,4 %)		n.a.	n.a.
Total (n=532)	**108**	**201**		**80**	**143**

n.a. : ne s'applique pas.

7.2 Analyses descriptives

Des analyses bivariées ont permis d'établir si certaines distinctions existaient entre les participantes du groupe expérimental et les participantes du groupe témoin à l'égard, d'une part, de la comparabilité des deux groupes à l'entrée de l'étude et d'autre part, des effets non ajustés de l'intervention sur les variables d'intérêt à la fin de la période de suivi.

7.2.1 Variables sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des participantes du groupe expérimental et du groupe témoin mesurées à (t_0) sont présentées au tableau 7.5. L'âge moyen des participantes des deux groupes est d'environ 16 ans. Plus de 90 % des participantes sont toujours aux études et elles ont en moyenne neuf ans de scolarité. Pour ce qui est de la scolarité des parents, les moyennes des deux groupes sont encore une fois similaires; ainsi, un peu plus de 65 % des parents ont complété leur primaire ou leur secondaire alors qu'environ 35 % ont complété des études collégiales ou universitaires. Quant à la source de revenu familial, la proportion des parents au travail est semblable pour les deux groupes, plus de 90 % des pères occupent un emploi alors que cette proportion diminue à un peu plus de 80 % pour les mères. En ce qui concerne le lieu de résidence, un peu plus de la moitié des participantes des deux groupes disent habiter avec leurs deux parents.

Tableau 7.5

Caractéristiques sociodémographiques des participantes *(échantillon total)*

VARIABLES *(E=n; T=n)*	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
	M ± ET	M ± ET	
Âge des participantes[1] ***(E=351; T=249)***	16,1 ± 1,3	16,1 ± 1,2	ns
Éducation des participantes[1] ***(E=349; T=248)***	9,3 ± 1,4	9,2 ± 1,5	ns
	%	%	
Fréquentation scolaire[2] ***(E=351; T=249)***			
• Oui	92,3	94,0	ns
• Non	7,7	6,0	
Scolarité du père[2] ***(E=330; T=231)***			
• Primaire/Secondaire	69,7	68,0	ns
• Collégial/Universitaire	30,3	32,0	
Scolarité de la mère[2] ***(E=342; T=241)***			
• Primaire/Secondaire	65,5	68,5	ns
• Collégial/Universitaire	34,5	31,5	
Lieu de résidence des participantes[2] ***(E=351; T=249)***			
• Avec père et mère	58,7	53,4	ns
• Autre	41,3	46,6	
Source de revenu du père[2] ***(E=301; T=223)***			
• Travail	93,7	93,3	
• Chômage	1,0	2,7	ns
• Bien-être social	2,7	2,2	
• Aucun	2,7	1,8	
Source de revenu de la mère[2] ***(E=327; T=242)***			
• Travail	83,2	82,6	
• Chômage	3,4	2,5	
• Bien-être social	4,0	3,7	ns
• Bourse et /ou rente	8,6	10,3	
• Aucun	0,9	0,8	
Source de revenu des participantes[2] ***(E=351; T=249)***			
• Travail	38,7	41,0	ns
• Chômage	0,3	0,0	
• Bien-être social	0,9	0,4	
• Aucun	60,1	58,6	

[1] Test de t de Student.
[2] χ^2 de Pearson.
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

7.2.2 Variables comportementales depuis le début de la vie sexuelle

Le tableau 7.6 présente un profil des pratiques sexuelles et préventives des participantes depuis le début de leur vie sexuelle. Ainsi, environ 80 % des participantes des deux groupes sont actives sexuellement. L'âge à la première relation sexuelle est d'environ 14,5 ans pour les deux groupes et les participantes disent avoir eu en moyenne trois partenaires sexuels. Toutefois, lorsqu'on compare les participantes ayant eu un seul partenaire avec celles qui en ont eu deux ou plus, on constate que les participantes du groupe expérimental sont plus nombreuses à n'avoir eu qu'un seul partenaire (38 %) en comparaison avec les participantes du groupe témoin (27 %) ($p \leq 0,05$).

En ce qui a trait aux comportements contraceptifs, un peu plus de 50 % des participantes des deux groupes disent avoir utilisé le préservatif seul lors de leur première relation sexuelle alors que près de 20 % disent avoir utilisé les contraceptifs oraux et le préservatif simultanément. Quant au pourcentage de relations sexuelles totales protégées à vie, l'utilisation moyenne du préservatif est d'environ 50 % pour les participantes des deux groupes. En ce qui concerne l'utilisation constante du préservatif, 20 % des participantes du groupe expérimental et 17 % des participantes du groupe témoin disent avoir utilisé le préservatif dans 100 % de leurs relations sexuelles. Pour ce qui est des relations vaginales protégées par le préservatif, chez les participantes du groupe expérimental, le pourcentage d'utilisation moyenne du préservatif est de 65 % alors qu'il se situe autour de 70 % chez les participantes du groupe témoin (différence non-significative). La proportion d'utilisation du préservatif lors des relations anales est, pour sa part, de 30 % chez les participantes du groupe expérimental et de 45 % chez les participantes du groupe témoin quoique cette différence n'atteigne pas le seuil de signification. Quant au pourcentage de relations sexuelles protégées par les contraceptifs oraux, chez les participantes des deux groupes, environ 70 % des relations sexuelles ont été protégées par les contraceptifs oraux alors que près de 30 % des participantes disent l'avoir utilisé dans 100 % de leurs relations sexuelles. Finalement, aucune différence significative n'est notée entre les deux groupes dans l'histoire passée de grossesse ou de maladies transmissibles sexuellement.

Tableau 7.6

Caractéristiques comportementales des participantes depuis le début de leur vie sexuelle

VARIABLES (E=n; T=n)	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Déjà eu une relation vaginale[2] *(oui) (E=351; T=249)*	76,1	77,5	ns
Déjà eu une relation anale[2] *(oui) (E=351; T=249)*	9,7	11,2	ns
Déjà eu une relation orale[2] *(oui) (E=351; T=249)*	36,5	44,2	ns
Activité sexuelle[2] *(E=351; T=249)*			
• Oui	78,3	80,7	ns
• Non	21,7	19,3	
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Âge à la première relation[1] *(E=275; T=201)*	14,6 ± 1,4	14,4 ± 1,4	ns
Nombre de partenaires[1] *(E=274; T=201)*	3,1 ± 3,3	3,3 ± 2,9	ns
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Nombre de partenaires[2] *(E=274; T=201)*			
• Un seul	37,6	27,4	*
• Deux et plus	62,4	72,6	
Méthode de protection à la première relation[2] *(E=275; T=201)*			
• Aucune	16,7	16,9	
• Pilule	6,2	4,5	ns
• Préservatif	55,6	58,7	
• Pilule et préservatif	21,5	19,9	
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[2] *(E=275; T=201)*			
• Oui	20,0	17,4	ns
• Non	80,0	82,6	
	[illegible]	[illegible]	[illegible]
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[3] *(E=275; T=201)*	51,0 ± 35,0	51,1 ± 34,1	ns
% des relations vaginales protégées par le préservatif[3] *(E=267; T=193)*	64,8 ± 35,1	69,3 ± 33,9	ns
% des relations anales protégées par le préservatif[3] *(E=34; T=28)*	30,3 ± 45,3	45,2 ± 43,8	ns
% des relations orales protégées par le préservatif[3] *(E=128; T=110)*	5,6 ± 20,4	4,01 ± 15,3	ns

[1] Test de t de Student.
[2] χ^2 de Pearson.
[3] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

Tableau 7.6 (suite)

Caractéristiques comportementales des participantes depuis le début de leur vie sexuelle

VARIABLES (E=n; T=n)	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
A déjà pris la pilule contraceptive[2] ***(E=275; T=201)***			
• Oui	80,0	75,1	ns
• Non	20,0	24,9	
Utilisation constante (100 %) de la pilule lors des relations sexuelles totales[2] ***(E=220; T=151)***			
• Oui	30,5	28,5	ns
• Non	69,5	71,5	
% des relations sexuelles totales protégées par la pilule[3] ***(E=220; T=151)***	70,0 ± 34,9	69,6 ± 33,5	ns
Expérience de grossesse[2] ***(E=275; T=200)***			
• Non	93,1	90,0	
• Oui, interrompue	5,5	8,5	ns
• Oui, menée à terme	1,5	1,5	
Histoire passée de MTS[2] ***(E=275; T=201)***			
• Oui	5,8	3,0	ns
• Non	94,2	97,0	

[1] Test de t de Student.
[2] χ^2 de Pearson.
[3] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

7.2.3 Variables comportementales des trois mois précédents (t_0)

En ce qui concerne les pratiques sexuelles et préventives des participantes durant les trois mois précédant le début de l'étude (tableau 7.7), environ 55 % des participantes des deux groupes disent avoir un partenaire régulier et près de 20 % de celles-ci disent avoir débuté cette relation depuis plus d'une année. Quant à la proportion de participantes actives sexuellement, elle se situe aux environs de 65 % et parmi ces jeunes filles, le nombre de partenaires sexuels moyen est de 1,3.

Pour ce qui est des comportements préventifs dans les trois mois précédents (t_0), les participantes des groupes expérimental et témoin disent avoir utilisé le préservatif dans respectivement 50 % et 46 % de leurs relations sexuelles, ce pourcentage augmente lors des relations vaginales, ainsi, le pourcentage de relations vaginales protégées par le préservatif est de 55 % chez les participantes du groupe expérimental et de 53 % chez les participantes du groupe témoin (différence non-significative). Quant à l'utilisation du préservatif lors des relations anales, on note une différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin. En effet, chez les participantes du

groupe témoin le pourcentage de relations anales protégées par le préservatif est de 61 % alors qu'il est seulement de 22 % chez les participantes du groupe expérimental ($p \leq 0,05$). Il est cependant important de noter qu'un nombre très restreint de participantes rapportent ce type de relations sexuelles, il faut donc interpréter ces résultats avec prudence. Finalement, on constate une tendance plus élevée dans le pourcentage d'utilisation constante du préservatif chez les participantes du groupe expérimental comparativement aux participantes du groupe témoin, le pourcentage d'utilisatrices constantes étant de 30 % et de 24 % respectivement, cette différence n'a toutefois pas atteint le seuil de significativité.

En ce qui a trait à l'utilisation des contraceptifs oraux les participantes des deux groupes semblent l'utiliser dans des proportions semblables. Ainsi, le pourcentage de relations sexuelles protégées par les contraceptifs oraux est d'environ 60 % et un peu plus de 50 % des participantes disent en prendre de façon constante (100 %). Parmi les utilisatrices de contraceptifs oraux, environ 60 % disent les avoir déjà utilisés de façon conjointe avec le préservatif et cela, chez les participantes des deux groupes.

Tableau 7.7

Caractéristiques comportementales des participantes dans les trois mois précédents (t_0)

VARIABLES (E=n; T=n)	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
	%	%	
Activité sexuelle[2] ***(E=351; T=249)***			
• Oui	65,0	67,9	ns
• Non	35,0	32,1	
Nombre de partenaires[2] ***(E=228; T=169)***			
• Un	80,7	76,9	ns
• Deux et plus	19,3	23,1	
Participantes ayant un partenaire régulier[2] ***(E=349; T=247)***			
• Oui	53,9	56,3	ns
• Non	46,1	43,7	
Durée de la relation affective présente[2] ***(E=184; T=136)***			
• < 3 mois	34,8	36,8	
• ≥ 3 et < 12	46,2	42,6	ns
• ≥ 12 mois	19,0	20,6	
	Moyenne		
Nombre de partenaires[1] ***(E=228; T=169)***	1,3 ± 0,6	1,3 ± 0,7	ns
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[3] ***(E=228; T=169)***	49,5 ± 42,8	45,7 ± 41,7	ns
% des relations vaginales protégées par le préservatif[3] ***(E=222; T=160)***	55,1 ± 44,4	52,9 ± 44,1	ns
% des relations anales protégées par le préservatif[3] ***(E=18; T=13)***	22,2 ± 42,8	61,3 ± 40,3	*
% des relations orales protégées par le préservatif[3] ***(E=76; T=68)***	3,3 ± 14,4	1,3 ± 7,8	ns
	%	%	
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[2] (E=228; T=169)			
• Oui	30,3	24,3	ns
• Non	69,7	75,7	

[1] Test de t de Student.
[2] χ^2 de Pearson.
[3] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

Tableau 7.7 (suite)

Caractéristiques comportementales des participantes dans les trois mois précédents (t_0)

VARIABLES (E=n; T=n)	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
	%		
Utilisation de la pilule contraceptive[2] (E=228; T=169)			
• Oui	70,2	65,7	ns
• Non	29,8	34,3	
Utilisation constante (100 %) de la pilule lors des relations sexuelles totales[2] *(E=227; T=166)*			
• Oui	52,9	54,2	ns
• Non	47,1	45,8	
	M. ± E.T.	M. ± E.T.	
% des relations sexuelles totales protégées par la pilule[3] (E=227; T=166)	58,7 ± 47,4	59,1 ± 47,9	ns
	%	%	
Utilisation de la pilule et du préservatif de façon conjointe[2] (E=147; T=104)			
• Oui	61,9	57,7	ns
• Non	38,1	42,3	
	M. ± E.T.	M. ± E.T.	
% des relations sexuelles totales protégées par la pilule et le préservatif[1] (E=147; T=104)	31,5 ± 38,8	31,1 ± 38,8	ns

[1] Test de t de Student.
[2] χ^2 de Pearson.
[3] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

7.2.4 Variables psychosociales au (t_0)

Tel que le montre le tableau 7.8, aucune différence significative n'est apparue entre les participantes du groupe expérimental et les participantes du groupe témoin quant aux variables psychosociales mesurées au (t_0). Toutefois, on peut remarquer que l'ensemble des scores obtenus par les participantes sont très près de la valeur maximale, les échelles variant de un à sept. Les adolescentes des deux groupes semblent donc majoritairement favorables à l'utilisation du préservatif, que ce soit au niveau de l'intention de l'utiliser, de leurs attitudes, de leurs normes morales et subjectives et de leur perception de contrôle comportemental.

Tableau 7.8

Statistiques descriptives[1] des variables psychosociales à l'étude au (t_0) pour l'échantillon total

VARIABLES	Groupe expérimental (n=350)	Groupe témoin (n=249)	Degré de signification
	M ± ET	M ± ET	
Intention d'utiliser le préservatif	5,0 ± 2,3	5,2 ± 2,2	ns
Attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure directe)			
• Tolérance	4,3 ± 1,8	4,3 ± 1,8	ns
• Nécessité	6,5 ± 0,9	6,5 ± 0,9	ns
Attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure indirecte)			
• Positive	6,4 ± 1,0	6,4 ± 1,0	ns
• Négative	4,9 ± 1,9	5,0 ± 1,8	ns
La perception de contrôle vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure directe)	5,3 ± 2,1	5,1 ± 2,3	ns
La perception de contrôle vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure indirecte)	5,9 ± 1,1	6,0 ± 1,1	ns
Norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure directe)	6,5 ± 1,1	6,61 ± 0,95	ns
Norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure indirecte)			
• Pairs	5,3 ± 1,0	5,4 ± 0,8	ns
• Figures d'autorité	6,9 ± 0,5	6,9 ± 0,6	ns

[1] Test de t de Student.
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

7.2.5 Variables comportementales dans les trois mois précédents (t_1)

Le tableau 7.9 présente les pratiques sexuelles et préventives des trois mois précédents (t_1). Les résultats montrent que 55 % des participantes du groupe expérimental et 50 % des participantes du groupe témoin disent avoir un partenaire régulier et pour environ 30 % d'entre elles, cette relation dure depuis plus d'une année. Quant à l'activité sexuelle actuelle, environ 68 % des participantes des deux groupes se disent actives sexuellement et parmi celles-ci, 84 % des participantes du groupe expérimental disent avoir eu un seul partenaire alors que ce pourcentage se situe à 76 % pour les participantes du groupe témoin (différence non-significative).

En ce qui concerne les comportements préventifs lors des trois mois précédents (t_1) chez les participantes des deux groupes, le pourcentage de relations sexuelles totales protégées par le préservatif est presque de 40 % alors qu'il se situe à 43 % lors des relations vaginales. Pour ce qui est du pourcentage d'utilisation du préservatif lors des relations anales, on note une différence importante entre le groupe expérimental et le groupe témoin, leur pourcentage d'utilisation étant respectivement de 56 % et de 27 %; ce résultat n'est toutefois pas significatif, ce qui peut s'expliquer

par la grande variabilité du comportement et par le nombre restreint de sujets ayant eu des relations anales. Finalement, 20 % des participantes des deux groupes disent utiliser le préservatif de façon constante (100 %) pour l'ensemble de leurs relations sexuelles.

En ce qui a trait à l'utilisation des contraceptifs oraux, 73 % des adolescentes disent l'utiliser alors que le pourcentage de relations sexuelles protégées par cette méthode est d'environ 68 % chez les participantes des deux groupes. Quant à son utilisation de façon constante, 64 % des participantes disent être des utilisatrices constantes de contraceptifs oraux. Parmi les utilisatrices de contraceptifs oraux, 52 % des participantes du groupe expérimental et 54 % des participantes du groupe témoin disent les utiliser de façon conjointe avec le préservatif. Finalement, aucune différence significative n'est notée quant aux expériences de grossesses; toutefois, en ce qui concerne l'histoire de MTS, il semble que les participantes du groupe témoin aient eu davantage de MTS dans les trois mois précédents (t_1) que les participantes du groupe expérimental (2 % en comparaison avec 0,3 %, $p \leq 0,05$).

Tableau 7.9

Caractéristiques comportementales des participantes dans les trois mois précédents (t_1)

VARIABLES (E=n; T=n)	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
	%	%	p
Activité sexuelle[2] ***(E=309; T=223)***			
• Oui	68,6	67,7	ns
• Non	31,4	32,3	
Nombre de partenaires[2] ***(E=212; T=151)***			
• Un	83,5	76,2	ns
• Deux et plus	16,5	23,8	
Participantes ayant un partenaire régulier[2] ***(E=308; T=221)***			
• Oui	54,5	49,8	ns
• Non	45,5	50,2	
Durée de la relation affective présente[2] ***(E=169; T=109)***			
• < 3 mois	27,8	21,1	
• ≥ 3 et < 12	42,0	46,8	ns
• ≥ 12 mois	30,2	32,1	
	M. ± E.T.	M. ± E.T.	p
Nombre de partenaires[1] ***(E=212; T=151)***	1,3 ± 0,9	1,4 ± 0,7	ns
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[3] ***(E=212; T=151)***	39,0 ± 41,5	37,9 ± 42,0	ns
% des relations vaginales protégées par le préservatif[3] ***(E=210; T=146)***	43,3 ± 44,1	42,7 ± 44,4	ns
% des relations anales protégées par le préservatif[3] ***(E=18; T=11)***	55,6 ± 51,1	27,3 ± 46,7	ns
% des relations orales protégées par le préservatif[3] ***(E=84; T=67)***	5,5 ± 20,4	1,2 ± 7,0	ns
	%	%	p
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[2] ***(E=212; T=151)***			
• Oui	20,8	19,9	ns
• Non	79,2	80,1	
Utilisation de la pilule contraceptive[2] ***E=212; T=151)***			
• Oui	73,1	72,8	ns
• Non	26,9	27,2	

[1] Test de t de Student.
[2] χ^2 de Pearson.
[3] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

Tableau 7.9 (suite)

Caractéristiques comportementales des participantes dans les trois mois précédents (t_1)

VARIABLES (E=n; T=n)	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
	%	%	P
Utilisation constante (100 %) de la pilule lors des relations sexuelles totales[2] *(E=212; T=151)*			
• Oui	64,2	64,2	ns
• Non	35,8	35,8	
	M. ± ET.	M. ± ET.	P
% des relations sexuelles totales protégées par la pilule[3] (E=212; T=151)	67,8 ± 45,9	67,7 ± 46,1	ns
	% N	%	P
Utilisation de la pilule et du préservatif de façon conjointe[2] (E=147; T=105)			
• Oui	52,4	54,3	ns
• Non	47,6	45,7	
	M. ± ET.	M. ± ET.	P
% des relations sexuelles totales protégées par la pilule et le préservatif[1] (E=147; T=104)	28,1 ± 37,3	32,2 ± 41,0	ns
	%	%	P
Expérience de grossesse[2] (E=308; T=222)			
• Non	97,1	95,0	
• Oui, interrompue	1,3	3,6	ns
• Oui, menée à terme	1,6	1,4	
Histoire passée de MTS[2] (E=306; T=222)			
• Oui	0,3	2,3	*
• Non	99,7	97,7	

[1] Test de t de Student.
[2] χ^2 de Pearson.
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

7.2.6 Variables comportementales chez les nouvelles actives sexuellement au (t_1)

Concernant les analyses portant sur les 179 participantes des deux groupes qui n'avaient jamais eu de relations sexuelles avant de compléter le premier questionnaire (t_0), environ 15 % d'entre elles disent avoir débuté leur vie sexuelle durant la période de suivi. Pour ce qui est de la méthode contraceptive utilisée lors de leur première relation sexuelle, les participantes du groupe expérimental disent avoir utilisé le préservatif seul ou conjointement avec les contraceptifs oraux 61 % du temps alors que chez les participantes du groupe témoin, ce pourcentage est seulement de 40 % (différence non-significative). Quant au pourcentage d'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles totales dans les trois mois précédents (t_1), les participantes du groupe expérimental ont davantage utilisé le préservatif que les participantes du groupe témoin. En effet, le pourcentage de relations sexuelles protégées par le préservatif est de 72 % pour les participantes du groupe expérimental alors qu'il se situe à 37 % pour les participantes du groupe témoin ($p<0,05$) (tableau 7.10).

Tableau 7.10

Caractéristiques comportementales des participantes devenues actives sexuellement entre le (t_0) et le (t_1)

VARIABLES *(E=n; T=n)*	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
	%	%	p
Participantes non-actives au (t_0) devenues actives au (t_1)[1] *(E=107; T=72)*			
• Oui	16,8	13,9	ns
• Non	83,2	86,1	
Méthode de protection à la première relation[1] *(E=18; T=10)*			
• Aucune	33,3	50,0	
• Pilule	5,6	10,0	ns
• Préservatif	44,4	20,0	
• Pilule et préservatif	16,7	20,0	
	M. ± E.T.	M. ± E.T.	p
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=18; T=10)*	71,9 ± 39,9	36,6 ± 42,4	*

[1] χ^2 de Pearson.
[2] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

7.2.7 Variables psychosociales au (t_1)

Les résultats présentés au tableau 7.11, portant sur les différences entre les participantes du groupe expérimental et du groupe témoin quant aux variables psychosociales mesurées au (t_1), ne montrent aucune différence significative entre ces deux groupes. Cependant, tout comme pour les analyses portant sur les échelles psychosociales au (t_0) présentées à la section 7.2.4, les résultats semblent indiquer une tendance favorable vis-à-vis l'utilisation du préservatif. Ainsi, les participantes des deux groupes disent avoir des attitudes très positives vis-à-vis l'utilisation du préservatif et vis-à-vis la nécessité de l'utiliser. Elles semblent également avoir une perception de contrôle élevée quant à son utilisation et quant à leur intention de l'utiliser. Finalement, on note une attitude favorable de leurs pairs et plus particulièrement des figures d'autorité qui les entourent vis-à-vis leur utilisation du préservatif.

Tableau 7.11

Statistiques descriptives[1] des variables psychosociales à l'étude au (t_1) pour l'échantillon total

VARIABLES	Groupe expérimental (n=309)	Groupe témoin (n=223)	Degré de signification
	M ± ET	M ± ET	p
Intention d'utiliser le préservatif	5,0 ± 2,2	5,17 ± 2,09	ns
Attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure directe)			
• Tolérance	4,1 ± 1,8	4,2 ± 1,8	ns
• Nécessité	6,3 ± 1,0	6,4 ± 0,9	ns
Attitude vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure indirecte)			
• Positive	6,3 ± 1,1	6,3 ± 1,2	ns
• Négative	4,9 ± 1,8	4,7 ± 1,9	ns
La perception de contrôle vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure directe)	5,2 ± 2,3	5,3 ± 2,3	ns
La perception de contrôle vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure indirecte)	6,3 ± 0,9	6,2 ± 1,0	ns
Norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure directe)	6,4 ± 1,3	6,5 ± 1,2	ns
Norme subjective vis-à-vis l'utilisation du préservatif (mesure indirecte)			
• Pairs	5,7 ± 1,4	5,7 ± 1,5	ns
• Figures d'autorité	6,8 ± 0,7	6,8 ± 0,8	ns

[1] Test de t de Student.
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

7.3 Effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif selon l'échantillon total et selon le statut (tutrice/amie) de la participante

Cette section présente la vérification des hypothèses 1 à 5 ayant été effectuée à l'aide des analyses bivariées et multivariées. Cependant, la distribution anormale de la variable dépendante n'a pas permis de procéder aux analyses de régression multiple prévues dans le devis d'évaluation et par conséquent, la vérification des hypothèses 1, 3, 4 et 5 n'a pu être réalisée qu'à l'aide d'analyses bivariées (présentées à la section 7.3.1). Toutefois, la grande comparabilité entre les deux groupes quant aux caractéristiques sociodémographiques et comportementales au (t_0) rend le besoin de contrôler par des facteurs confondants potentiels moins importants; une analyse par sous groupe a été effectuée afin d'explorer la possibilité d'une présence de facteurs modificateurs de l'effet. Finalement, dans un souci de rigueur, une régression logistique a été réalisée pour la seule hypothèse (2) impliquant une variable dépendante catégorielle.

7.3.1 Résultats d'analyses bivariées

Le tableau 7.12 présente les effets de l'intervention sur l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles totales, résultats présentés antérieurement dans cette section. Ce tableau permet d'une part, une meilleure vue d'ensemble des résultats obtenus aux deux temps de l'étude et d'autre part, la vérification des deux premières hypothèses énoncées à la section 4. Ainsi, aucune différence significative n'est apparue entre les participantes du groupe expérimental et les participantes du groupe témoin quant à leur utilisation du préservatif et cela, pour les deux temps de l'étude. On remarque toutefois, lorsqu'on compare les résultats obtenus au (t_0) et au (t_1), une baisse d'environ 10 % du l'utilisation du préservatif chez les participantes des deux groupes. En effet, alors que le pourcentage d'utilisation du préservatif était aux environs de 49 % chez les participantes du groupe expérimental et de 45 % chez les participantes du groupe témoin au (t_0), il se situait aux environs de 39 % et de 38 % respectivement au (t_1). Quant à l'utilisation constante (100 %) du préservatif chez les participantes du groupe expérimental, elle est passée de 30 % au (t_0) à 21 % au (t_1) alors que chez les participantes du groupe témoin, l'utilisation constante (100 %) du préservatif est passée de 24 % au (t_0) à 20 % au (t_1).

Tableau 7.12

Effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif pour l'échantillon total

VARIABLES (E=n; T=n)	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
Analyses au (t_0)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=228; T=169)*	49,5 ± 42,8	45,7 ± 41,7	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=228; T=169)*			
• Oui	30,3 %	24,3 %	ns
• Non	69,7 %	75,7 %	
Analyses au (t_1)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=212; T=151)*	39,0 ± 41,5	37,9 ± 42,0	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=212; T=151)*			
• Non constante	20,8 %	19,9 %	ns
• Constante	79,2 %	80,1 %	

[1] χ^2 de Pearson.
[2] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

Afin de vérifier les hypothèses 3, 4 et 5, portant sur les différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin quant à l'effet de l'intervention selon le statut de participation des adolescentes, des tests bivariés ont été réalisés d'abord, pour l'ensemble des tutrices et par la suite pour l'ensemble des amies. Par la même occasion, afin de s'assurer de la comparabilité des deux groupes, des analyses bivariées portant sur les variables comportementales et sociodémographiques ont été réalisées (données non-incluses). Ces analyses ont démontré une seule différence significative entre les deux groupes, différence que l'on retrouvait également lors des analyses pour l'échantillon total (l'ensemble des sujets recrutés). Ainsi, une plus grande proportion des tutrices et des amies du groupe expérimental n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel comparativement aux tutrices et amies du groupe témoin. Cette quasi-absence de différences entre les tutrices et les amies des deux groupes confirme encore la validité d'utiliser des tests bivariés pour la vérification des présentes hypothèses.

Comme l'indique le tableau 7.13, l'intervention n'a eu aucun effet sur l'utilisation du préservatif et cela, autant chez les participantes tutrices que chez les participantes amies. L'ensemble de ces résultats infirment donc les hypothèses 3, 4 et 5 présentées au chapitre 4. Malgré ce fait, les résultats obtenus ne sont pas sans intérêt. En effet, lorsqu'on regarde les résultats portant sur le pourcentage d'utilisation du préservatif, on constate une diminution plus importante chez les participantes tutrices que chez les participantes amies. Ainsi, chez les adolescentes tutrices le pourcentage d'utilisation du préservatif est passé d'environ 48 % au (t_0) chez les participantes des deux groupes (expérimental et témoin) à 33 % au (t_1). Chez les adolescentes amies, le pourcentage initial (t_0) qui se situait aux environs de 47 % pour les participantes des deux groupes est passé aux environs de 41 % au (t_1). Ces résultats indiquent une tendance inverse à celle supportée par l'hypothèse 5, cette dernière suggérant une plus grande utilisation du préservatif à la suite de l'intervention chez les participantes tutrices comparativement aux participantes amies. Pour ce qui est de l'utilisation constante (100 %) du préservatif une tendance semblable est notée. Ainsi, on constate une baisse de l'utilisation constante (100 %) du préservatif du (t_0) au (t_1) de 13 % chez les participantes tutrices du groupe expérimental et de 7 % chez les participantes tutrices du groupe témoin. Alors que chez les participantes amies, la diminution de l'utilisation constante (100 %) du préservatif du (t_0) au (t_1) se chiffre à 8 % pour les participants du groupe expérimental et de 3 % pour les participantes du groupe témoin.

Tableau 7.13

Effets de l'intervention sur l'utilisation du préservatif au (t_0) et au (t_1) pour les échantillons tutrices-amies

VARIABLES (E=n; T=n)	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
		Tutrices	
Analyses (t_0)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=99; T=67)*	49,3 ± 42,7	46,5 ± 41,4	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=99; T=67)*			
• Oui	28,3 %	25,4 %	ns
• Non	71,7 %	74,6 %	
Analyses (t_1)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=81; T=60)*	32,9 ± 40,7	32,7 ± 41,4	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=81; T=60)*			
• Oui	14,8 %	18,3 %	ns
• Non	85,2 %	81,7 %	
		Amies	
Analyses (t_0)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=129; T=102)*	49,7 ± 43,1	45,1 ± 42,0	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=129; T=102)*			
• Oui	31,8 %	23,5 %	ns
• Non	68,2 %	76,5 %	
Analyses (t_1)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=131; T=91)*	42,7 ± 41,6	41,3 ± 42,3	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=131; T=91)*			
• Oui	24,4 %	20,9 %	ns
• Non	75,6 %	79,1 %	

[1] χ^2 de Pearson.
[2] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

Les résultats présentés dans cette section nous ont amené à explorer davantage l'effet de l'intervention selon la prise de contraceptifs oraux. En effet, il a été démontré dans la littérature (Detzer et al., 1995; Haiek et Brochu, 1996; Joffe, 1993; Oakley et Bogue, 1995; Otis et al., 1991) que la prise de contraceptifs oraux a une influence majeure sur l'utilisation du préservatif. Ces résultats sont confirmés dans la présente étude, des analyses bivariées (test de Mann-Whitney) montrant une forte association entre le pourcentage d'utilisation du préservatif et la prise de contraceptifs oraux de façon constante (100 %) ($U \leq 0{,}0001$). En effet, les raisons d'utilisation du préservatif différeraient selon l'usage ou non de contraceptifs oraux. Autrement dit, les utilisatrices constantes de contraceptifs oraux utiliseraient davantage le préservatif comme moyen de prévention des MTS en début de relation pour le délaisser par la suite, alors que chez les utilisatrices non-constantes des contraceptifs oraux, le préservatif aurait soit une, soit deux fonctions c'est-à-dire la prévention des grossesses et la prévention des MTS. Il est donc possible que la prise de contraceptifs oraux modifie l'effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif. Suite à ce constat, une analyse par sous-groupes a été réalisée afin de le vérifier.

Le tableau 7.14 présente les effets de l'intervention sur l'utilisation du préservatif chez les utilisatrices constantes et non-constantes de contraceptifs oraux. En ce qui concerne les utilisatrices non-constantes de contraceptifs oraux, aucune différence significative n'est apparue, toutefois les résultats observés sont tout de même très intéressants. Ainsi, le pourcentage d'utilisation du préservatif qui se situait aux environs de 60 % pour les deux groupes au (t_0) a diminué à 56 % au (t_1) pour les participantes du groupe expérimental alors que chez les participantes du groupe témoin, le pourcentage a diminué à 45 %. Quant à l'utilisation constante (100 %) du préservatif, on note une tendance semblable. Alors qu'au (t_0), environ 35 % de l'ensemble des participantes se disaient des utilisatrices constantes du préservatif, au (t_1), ce pourcentage était de 33 % chez les participantes du groupe expérimental et de 19 % chez les participantes du groupe témoin, ce qui correspond à un écart considérable entre les deux groupes.

Pour ce qui est des résultats obtenus chez les participantes utilisatrices constantes de contraceptifs oraux, la tendance observée est plutôt inverse (résultats non significatifs). En effet, pour les participantes du groupe expérimental, le pourcentage d'utilisation du préservatif est passé de 37 % au (t_0) à 29 % au (t_1) alors que pour les participantes du groupe témoin, de 33 % au (t_0) le pourcentage d'utilisation du préservatif est passé à 34 % au (t_1). Quant à l'utilisation constante du préservatif (100 %), au (t_0) 23 % des participantes du groupe expérimental et 14 % des participantes du groupe témoin se disaient des utilisatrices constantes alors qu'au (t_1), ce pourcentage était respectivement de 14 % et 21 %.

Tableau 7.14

Effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif pour l'échantillon total chez les utilisatrices constantes et non-constantes de contraceptifs oraux

VARIABLES (E=n; T=n)	Groupe expérimental	Groupe témoin	Degré de signification
	Utilisatrices non-constantes		
Analyses (t$_0$)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=96; T=69)*	61,7 ± 40,0	59,1 ± 40,4	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=96; T=69)*			
• Oui	36,5 %	34,8 %	ns
• Non	63,5 %	65,2 %	
Analyses (t$_1$)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=76; T=54)*	56,4 ± 41,9	44,8 ± 41,7	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=76; T=54)*			
• Oui	32,9 %	18,5 %	ns
• Non	67,1 %	81,5 %	
	Utilisatrices constantes		
Analyses (t$_0$)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=105; T=79)*	36,6 ± 42,2	33,3 ± 39,3	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=105; T=79)*			
• Oui	22,9 %	13,9 %	ns
• Non	77,1 %	86,1 %	
Analyses (t$_1$)			
% des relations sexuelles totales protégées par le préservatif[2] *(E=136; T=97)*	29,2 ± 38,0	34,0 ± 41,9	ns
Utilisation constante (100 %) du préservatif lors des relations sexuelles totales[1] *(E=136; T=97)*			
• Oui	14,0 %	20,6 %	ns
• Non	86,0 %	79,4 %	

[1] χ^2 de Pearson.
[2] Test de Mann-Whitney (analyse non-paramétrique).
*** p≤0,001 ** p≤0,01 * p≤0,05 ns Non significatif.

7.3.2 Résultats des analyses multivariées

Comme il a été mentionné précédemment, l'hypothèse 2, portant sur les effets possibles de l'intervention quant à l'utilisation constante du préservatif, a été vérifiée d'une façon plus rigoureuse à l'aide de la régression logistique. Ainsi, les analyses seront présentées tout comme pour la section antérieure soit, pour l'échantillon total (n=293) et pour les utilisatrices constantes (n=196) et non-constantes (n=97) de contraceptifs oraux.

A) Utilisation constante (100 %) du préservatif chez l'ensemble des participantes

Tel que démontré dans l'analyse bivariée, il n'y a pas d'effet de l'intervention sur l'utilisation constante du préservatif lors des relations sexuelles totales et cela, après avoir contrôlé par des facteurs potentiellement confondants. Toutefois, quelques variables nous permettent de distinguer les participantes ayant utilisé le préservatif de façon constante des autres participantes à la fin de la période de suivi (tableau 7.15). Dans ce cas-ci, il semble que chez les jeunes filles qui utilisaient le préservatif de façon constante au (t_0), la probabilité d'utiliser le préservatif de façon constante au (t_1) est de huit fois plus élevée. On note également que chez les participantes qui ne vivent pas avec leurs deux parents, la probabilité d'utiliser le préservatif de façon constante est deux fois plus élevée que parmi les participantes qui habitent avec leurs deux parents. Finalement, la probabilité d'utiliser le préservatif de façon constante après l'intervention est plus faible lorsque les participantes sont en relation stable depuis plus de trois mois.

Tableau 7.15

Effet de l'intervention selon l'utilisation constante du préservatif chez l'ensemble des participantes

Variables	β ± e. t. (β)	RC	IC (95 %)
Intervention	X	X	X
Utilisation du préservatif au t_0 *(100 %)*	2,06 ± 0,36	7,88	3,89 - 15,95
Lieu de résidence *(autre que les 2 parents)*	0,70 ± 0,35	2,00	1,02 - 3,96
Durée de la relation au (t_1) *(plus de 3 mois)*	-1,19 ± 0,36	0,31	0,15 - 0,62

Ajustement du modèle : χ^2: 47,44; dl : 3; p<0,0001.
% de cas correctement classifiés : 84,0 %.

B) Utilisation constante du préservatif (100 %) chez les utilisatrices constantes de contraceptifs oraux (100 %)

Comme observé précédemment, on constate que l'intervention ne semble pas avoir eu d'impact significatif sur les comportements des jeunes quant à l'utilisation constante du préservatif lors de leurs relations sexuelles totales lorsqu'elles prenaient des contraceptifs oraux de façon constante. Cependant, on note une influence de trois variables sur la probabilité d'utiliser le préservatif dans l'ensemble de ses relations sexuelles (tableau 7.16). Ainsi, la probabilité d'utiliser le préservatif de façon constante au (t_1) est quatre fois plus élevée parmi les participantes utilisatrices constantes de contraceptifs oraux qui utilisaient le préservatif de façon constante au (t_0). On remarque une tendance

similaire chez les participantes utilisatrices constantes de contraceptifs oraux mais n'habitant pas avec leurs deux parents. En effet, la probabilité d'utiliser le préservatif de façon constante est trois fois plus élevée parmi les participantes qui n'habitaient pas chez leurs deux parents. Par ailleurs, chez les jeunes filles utilisatrices constantes de contraceptifs oraux qui sont en relation affective stable depuis plus de trois mois, la probabilité d'utiliser le préservatif de façon constante est plus faible chez les participantes qui sont en relation depuis moins de trois mois.

Tableau 7.16

Effet de l'intervention selon l'utilisation constante du préservatif chez les utilisatrices constantes de contraceptifs oraux

Variables	β ± e. t. (β)	RC	IC (95 %)
Intervention	X	X	X
Utilisation du préservatif au (t_0) *(100 %)*	1,50 ± 0,45	4,47	1,84 - 10,84
Lieu de résidence *(autre que les 2 parents)*	1,04 ± 0,44	2,82	1,19 - 6,66
Durée de la relation au (t_1) *(plus de 3 mois)*	-1,13 ± 0,44	0,32	0,14 - 0,77

Ajustement du modèle: χ^2 : 23,45; dl : 3; p<0,0001.
% de cas correctement classifiés : 84,7 %.

C) Utilisation constante du préservatif (100 %) chez les utilisatrices non-constantes de contraceptifs oraux (99 % et moins)

L'intervention ne semble pas avoir eu d'effet significatif sur l'utilisation constante du préservatif (100 %) chez les utilisatrices non-constantes de contraceptifs oraux. En fait, une seule variable semble influencer l'utilisation constante du préservatif chez ce groupe précis de participantes tel que le montre le tableau 7.17. Ainsi, la probabilité d'utiliser le préservatif dans l'ensemble de ses relations sexuelles après la période de suivi est 16 fois plus élevée parmi les participantes qui l'utilisaient déjà de façon constante avant le début de l'intervention.

Tableau 7.17

Effet de l'intervention selon l'utilisation constante du préservatif chez les utilisatrices non-constantes de contraceptifs oraux

Variables	β ± e. t. (β)	RC	IC (95 %)
Intervention	X	X	X
Utilisation du préservatif au (t_0) (100 %)	2,79 ± 0,60	16,25	4,97 - 53,12

Ajustement du modèle : x^2 : 25,60; dl : 1; p<0,0001.
% de cas correctement classifiés : 82,5 %.

7.4 Effet de l'intervention sur les déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif

Les analyses multivariées, effectuées par régression multiple, ont permis d'explorer l'influence de l'intervention sur chaque variable psychosociale en contrôlant par cette même variable psychosociale au (t_0) (tableaux 7.18 à 7.27). Pour l'ensemble de ces analyses, le seul effet de l'intervention sur les déterminants psychosociaux est au niveau de l'attitude directe, plus spécifiquement, la nécessité des participantes d'utiliser le préservatif pour se protéger lors de leurs relations sexuelles même si elles prenaient des contraceptifs oraux. Ainsi, en contrôlant pour la nécessité au (t_0), les filles du groupe expérimental ont un score moins élevé à la fin de la période de suivi (0,18 points de moins) que les filles du groupe témoin (tableau 7.20). Une seconde analyse de régression multiple impliquant cette variable a montré que l'effet de l'intervention perdurait même en contrôlant par des variables sociodémographiques et comportementales potentiellement confondantes de l'effet observé (données non-incluses). Pour ce qui est des autres variables psychosociales à l'étude, les analyses n'ont pas montré une influence significative de l'intervention.

Tableau 7.18

Effet de l'intervention sur l'intention d'utiliser le préservatif au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	X	X	X
Intention (t_0)	0,52 ± 0,03	0,45 - 0,58	0,0001
Constante	2,44 ± 0,19	2,07 - 2,80	0,0001
R^2 ajusté : 0,31	$F_{modèle}$: 234,51	dl : 1	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Tableau 7.19

Effet de l'intervention sur l'attitude directe vis-à-vis l'utilisation du préservatif (tolérance) au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	X	X	X
Attitude directe (t_0) (tolérance)	0,63 ± 0,03	0,56 - 0,70	0,0001
Constante	1,44 ± 0,16	1,13 - 1,75	0,0001
R^2 ajusté : 0,39	$F_{modèle}$: 342,71	dl : 1	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Tableau 7.20

Effet de l'intervention sur l'attitude directe vis-à-vis l'utilisation du préservatif (nécessité) au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	0,18 ± 0,08	0,02 - 0,33	0,024
Attitude directe (t_0) (nécessité)	0,52 ± 0,04	0,43 - 0,60	0,0001
Constante	2,90 ± 0,28	2,35 - 3,45	0,0001
R^2 ajusté : 0,22	$F_{modèle}$: 75,96	dl : 2	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Tableau 7.21

Effet de l'intervention sur l'attitude indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif (positive) au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	X	X	X
Attitude indirecte (t_0) (positive)	0,59 ± 0,04	0,51 - 0,67	0,0001
Constante	2,55 ± 0,26	2,04 - 3,07	0,0001
R^2 ajusté : 0,28	$F_{modèle}$: 209,37	dl : 1	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Tableau 7.22

Effet de l'intervention sur l'attitude indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif (négative) au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	X	X	X
Attitude indirecte (t_0) (négative)	0,51 ± 0,04	0,44 - 0,59	0,0001
Constante	2,25 ± 0,20	1,85 - 2,64	0,0001
R^2 ajusté : 0,25	$F_{modèle}$: 180,78	dl : 1	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Tableau 7.23

Effet de l'intervention sur la perception de contrôle indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	X	X	X
Perception de contrôle indirecte (t_0)	0,43 ± 0,03	0,37 - 0,49	0,0001
Constante	3,71 ± 0,18	3,35 - 4,07	0,0001
R^2 ajusté : 0,28	$F_{modèle}$: 203,96	dl : 1	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Tableau 7.24

Effet de l'intervention sur la perception de contrôle directe vis-à-vis l'utilisation du préservatif au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	X	X	X
Perception de contrôle directe (t_0)	0,27 ± 0,04	0,19 - 0,35	0,0001
Constante	3,85 ± 0,23	3,40 - 4,30	0,0001
$R^2_{ajusté}$: 0,08	$F_{modèle}$: 43,95	dl : 1	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Tableau 7.25

Effet de l'intervention sur la norme subjective directe vis-à-vis l'utilisation du préservatif au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	X	X	X
Norme subjective directe (t_0)	0,40 ± 0,05	0,31 - 0,49	0,0001
Constante	3,82 ± 0,31	3,21 - 4,43	0,0001
$R^2_{ajusté}$: 0,12	$F_{modèle}$: 73,35	dl : 1	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Tableau 7.26

Effet de l'intervention sur la norme subjective indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif (pairs) au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	X	X	X
Norme subjective indirecte (t_0) (pairs)	0,60 ± 0,06	0,48 - 0,73	0,0001
Constante	2,55 ± 0,34	1,88 - 3,21	0,0001
$R^2_{ajusté}$: 0,15	$F_{modèle}$: 90,98	dl : 1	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Tableau 7.27

Effet de l'intervention sur la norme subjective indirecte vis-à-vis l'utilisation du préservatif (figures d'autorité) au (t_1)

Variables	β ± SE	IC (95 %)	Degré de signification (p)
Intervention[a]	X	X	X
Norme subjective indirecte (t_0) (figure d'autorité)	0,19 ± 0,06	0,08 - 0,30	0,0001
Constante	5,50 ± 0,39	4,72 - 6,27	0,0001
$R^2_{ajusté}$: 0,19	$F_{modèle}$: 11,39	dl : 1	p<0,0001

[a] 0 = Oui 1 = Non.

Discussion

Chapitre 8

DISCUSSION

L'ensemble des analyses réalisées afin d'évaluer l'impact de l'intervention de type « Cascade aux pairs » n'a démontré que très peu d'effets sur les comportements préventifs des participantes. Les prochaines sections tenteront de faire la lumière sur les raisons pouvant expliquer les résultats obtenus. Dans un premier temps, les résultats présentés à la section 7 seront repris et discutés, notamment en tentant de comprendre l'absence d'effet de l'intervention sur les comportements sexuels à risque. En second lieu, la validité interne et externe ainsi que les forces et limites de l'étude seront présentées. Pour terminer, les implications pour la planification d'interventions futures seront discutées.

8.1 À propos des résultats

8.1.1 Effet de l'intervention sur l'utilisation du préservatif

Les résultats de la présente évaluation ne démontrent aucune différence significative quant à l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles vaginales, anales et orales à la fin de la période de suivi de six mois entre les 309 adolescentes ayant été assignées à l'intervention de type « Cascade aux pairs » et les 223 participantes assignées au groupe témoin. Des résultats semblables sont observés lorsque l'on considère les relations sexuelles vaginales seules ainsi que dans les analyses réalisées selon le statut de la participante, c'est-à-dire, en considérant les participantes tutrices et les participantes amies séparément.

Ce constat a été fait à la suite d'analyses non ajustées; en effet, la vérification de la plupart des hypothèses a été réalisée à l'aide d'analyses bivariées. La distribution anormale de la variable dépendante principale, soit le pourcentage de relations sexuelles protégées par le préservatif, a empêché la réalisation d'analyses multivariées. Par contre, la très grande comparabilité entre les groupes expérimental et témoin au niveau des caractéristiques sociodémographiques et comportementales diminue la possibilité d'un biais dû à des facteurs potentiellement confondants.

Une analyse par sous groupes a permis de vérifier la possibilité que la variable mesurant la prise de contraceptifs oraux soit modificatrice de l'effet entre l'intervention et l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles. Cette analyse montre effectivement que l'intervention aurait une tendance non significative à augmenter l'utilisation du préservatif seulement chez les utilisatrices non-constantes de contraceptifs oraux. Ces résultats semblent supporter la thèse quant aux motivations inhérentes à l'utilisation du préservatif chez les utilisatrices constantes et non-constantes de contraceptifs oraux. On constate donc que chez les utilisatrices constantes de contraceptifs oraux, le préservatif serait davantage une méthode privilégiée de début d'implication sexuelle, ce moyen étant

délaissé une fois que la confiance ou un test de dépistage de MTS permet aux deux partenaires de se considérer moins à risque de contracter une MTS.

8.1.2 Comparaison entre les résultats obtenus et ceux recensés dans la littérature

Peu d'études ont évalué des interventions visant à augmenter le nombre de relations sexuelles protégées par le préservatif auprès d'une clientèle adolescente comportant une période de suivi d'au moins six mois. Ainsi, mis à part la première évaluation de l'intervention « Cascade aux pairs » (Haiek et Brochu, 1996), seulement trois autres études avec ces caractéristiques ont été recensées dans la littérature (Stanton et al., 1996a; Gillmore et al., 1997; Shain et al., 1999). L'étude de Stanton et al. (1996a) a suivi 383 adolescents, recrutés par des organismes communautaires et parmi des groupes d'amis naturels. Cette intervention, basée sur le modèle théorique de « Motivation protection » et d'une durée de 17,5 heures, a démontré un effet sur l'utilisation du préservatif lors de la dernière relation sexuelle, cet effet observé à six mois n'a cependant pas persisté à douze mois. De plus, lorsque les analyses étaient effectuées au niveau des groupes d'intervention (unité de randomisation), aucun effet n'était observé. Les résultats sont également remis en cause parce que la validité de la variable mesurée, soit l'utilisation du préservatif lors de la dernière relation sexuelle, est moins connue. En effet, une revue de littérature totalisant 72 études (Abraham et Sheeran, 1994) ne fait état d'aucune recherche ayant évalué l'effet d'une intervention sur cette variable. Aussi, il aurait été pertinent de tenir compte du rôle de la prise de contraceptifs oraux comme potentiellement modificateur de l'effet dans la relation à l'étude. Cependant, cette interaction potentielle entre l'utilisation du préservatif et la prise de contraceptifs oraux n'a pas été examinée, même si les données sur l'usage des contraceptifs oraux étaient disponibles puisque publiées dans un autre article (Stanton et al., 1996b). Pour ce qui est de l'étude de Gillmore et al. (1997), aucun effet n'a été noté et cela, même si les chercheurs ont mesuré de façon séparée le type de partenaires sexuels (réguliers ou occasionnels). Finalement, l'étude de Shain et al. (1999) réalisée auprès d'adolescentes et de jeunes femmes adultes recrutées dans le milieu clinique a montré une diminution du nombre de participantes ayant eu cinq relations sexuelles ou plus non protégées à six et douze mois et cela, à la suite d'une intervention de groupe associée à une séance de counselling individuel.

En ce qui concerne la première évaluation de l'intervention de type « Cascade aux pairs » effectuée auprès d'un groupe restreint de 163 adolescentes (Haiek et Brochu, 1996), elle montre une absence d'effet sur le comportement à six mois tout comme pour la présente évaluation. Comme nous avions postulé que l'effet bénéfique observé à trois mois dans l'intervention originale devrait se reproduire, nous avions choisi de ne pas le documenter à nouveau ici. À la suite de l'évaluation originale et des recommandations qui en ont découlé (Haiek et al., 1997), plusieurs changements ont été introduits dans la présente intervention. Ainsi, l'intervention a subi trois modifications majeures. Dans un premier temps, l'aspect éducatif du matériel d'intervention a été rehaussé en clarifiant notamment les consignes de chaque jeu ou activité et en profitant de toutes les occasions pour transmettre, de façon uniforme, le contenu éducatif aux participantes. Deuxièmement, une rencontre de renforcement a été ajoutée, cela après avoir laissé une période de temps suffisamment longue aux jeunes filles pour vivre leurs expériences personnelles. Troisièmement, en tenant compte des enjeux de faisabilité, le volet counselling individuel entre la tutrice et les intervenantes de la clinique jeunesse (médecins ou infirmières) a été délaissé, la majeure partie de l'intervention ayant donc eu lieu dans le milieu naturel de l'adolescente. Cette séparation du contexte clinique a été accentuée par les problèmes survenus lors du recrutement des participantes. En effet, la crise du verglas du début 1998, en plus de

retarder le démarrage de l'intervention et de briser ainsi le momentum engendré par les contacts préparatoires avec les cliniques jeunesse participantes, a démotivé certains intervenants vis-à-vis le recrutement des jeunes filles. L'ajout de techniciennes de recherche dans six des dix cliniques, quoique bénéfique à l'égard du recrutement, a probablement eu comme effet d'éloigner encore davantage l'intervention du contexte clinique proprement dit. Ces changements au niveau du recrutement et du counselling individuel ont pu avoir comme conséquence de décontextualiser l'intervention, cette dernière ayant acquis en dernier lieu une dimension davantage communautaire plutôt que de se présenter comme un prolongement de la pratique en milieu clinique. Parmi toutes ces modifications, l'éloignement du milieu clinique a probablement joué un rôle d'importance dans l'absence d'effet observé puisque la combinaison du counselling fait par des cliniciens associés à l'approche « Cascade aux pairs » a déjà démontré un effet à court terme. De plus, tel que mentionné dans la section 2, la littérature semble révéler des effets plus importants et plus consistants des interventions réalisées dans le milieu clinique par rapport aux autres milieux fréquentés par les jeunes.

8.1.3 Tendance temporelle dans l'utilisation du préservatif

En plus de l'absence d'effet de l'intervention, il est particulier de constater une tendance à la baisse de l'utilisation du préservatif dans le temps et cela, pour l'ensemble des participantes. Ainsi, même si comme dans la première étude (Haiek et Brochu, 1996), une augmentation post-intervention (trois mois) avait été documentée, il n'en reste pas moins qu'à la fin de la période de suivi de six mois, l'utilisation du préservatif avait tendance à être inférieure à celle observée au début de l'intervention. Des résultats similaires ont été observés dans une autre étude menée auprès d'adolescents (Stanton et al., 1996a). Dans leur rapport, Stanton et al. (1996a) mentionnent que l'effet de l'intervention se manifeste par un maintien, chez le groupe expérimental, de l'usage du préservatif lors de la dernière relation sexuelle, alors que le groupe témoin subit une diminution de l'usage du préservatif après six et douze mois de suivi.

À la suite d'un tel constat, on peut se demander quelles sont les raisons qui poussent les jeunes à abandonner la protection du préservatif avec le temps? À prime abord, on pourrait penser, que plusieurs des adolescentes qui consultent en milieu clinique le font dans le but de se faire prescrire les contraceptifs oraux. D'ailleurs, dans la présente étude, 52,8 % des participantes tutrices mentionnent comme raison principale de consultation la contraception ou un test de grossesse, alors que 13,2 % mentionnent l'examen gynécologique sans spécifier l'aspect contraceptif. L'association négative entre la prise de contraceptifs oraux et l'usage du préservatif a déjà été documentée dans la littérature (Crosby, 1998; Haiek et Brochu, 1996; Otis et al., 1991) et semble également confirmée dans la présente étude. En effet, on constate une association significative négative aux deux temps de l'étude entre le pourcentage de relations sexuelles protégées par le préservatif et la prise de contraceptifs oraux. Ainsi, une diminution de l'utilisation du préservatif d'environ 10 % est observée entre le moment de l'entrée au projet et la fin de la période de suivi (six mois), la prise de contraceptifs oraux, pour la même période, subit une augmentation approximativement de la même ampleur. Quant à l'utilisation conjointe de la pilule et du préservatif, on note une constante dans leur utilisation aux deux temps de l'étude, ce qui supporte l'hypothèse que les jeunes filles qui utilisaient une méthode combinée, le faisaient déjà dans un double but soit contraceptif et prophylactique et n'abandonneraient pas le préservatif pour les contraceptifs oraux. Ainsi, malgré le message présenté dans le matériel d'intervention qui faisait référence à la nécessité d'utiliser le préservatif et la pilule

conjointement, les présents résultats laissent croire que ce message n'a pas été intégré chez les adolescentes qui n'utilisaient pas cette stratégie à l'entrée de l'étude.

Un autre fait pouvant expliquer la diminution de l'utilisation du préservatif dans le temps pourrait être associé au test de dépistage de MTS. On constate, dans les raisons de consultations cliniques évoquées par les jeunes filles, que le test de dépistage de MTS vient au deuxième rang. Il est connu que le test de dépistage fait partie d'une autre stratégie de prévention fréquemment utilisée par les adolescents (Otis, 1996). Cette stratégie suppose que les partenaires, après un certain temps de fréquentation, vont choisir d'aller passer un test de dépistage de MTS avant d'abandonner le préservatif au profit des contraceptifs oraux. Les conditions entourant cette stratégie de prévention c'est-à-dire le respect des délais, le type de tests subis et la fidélité entre les partenaires sont peu connus. Éventuellement, il serait intéressant d'explorer ces aspects dans le but de comprendre les implications reliées à la l'utilisation du test de dépistage des MTS comme stratégie de prévention à l'adolescence.

8.1.4 Effet de l'intervention sur l'utilisation constante du préservatif

En ce qui concerne l'utilisation constante du préservatif, aucun effet de l'intervention n'a été démontré que ce soit dans les analyses non-ajustées ou après avoir été contrôlé pour les facteurs potentiellement confondants et modificateurs de l'effet. L'utilisation constante du préservatif a une signification clinique et de santé publique particulière dans le sens où elle représente le comportement le plus efficace pour diminuer les risques de transmission de MTS et du virus du sida (De Vincenzi, 1994; DiClemente et Wingwood, 1995), pour cette raison, plusieurs études l'ont adopté comme mesure principale. Deux d'entre elles (Rotheram-Borus et al., 1991; Kamb et al., 1998), ayant suivi des sujets à haut risque durant une période d'au moins six mois, ont documenté une augmentation significative de l'utilisation constante du préservatif à la suite de l'expérimentation d'un programme de prévention. Selon Kamb et al. (1998), un des éléments clé pour le succès d'une intervention serait le fait d'intervenir au moment où l'individu est favorable aux changements. Autrement dit, les personnes qui vont passer un test de dépistage ou qui se font traiter pour une MTS seraient plus enclines à utiliser le préservatif à toutes leurs relations sexuelles que les personnes qui ne sont pas confrontées à cette problématique.

Pour sa part, la présente étude a permis d'identifier lors des analyses multivariées certains prédicteurs de l'utilisation constante du préservatif. Ainsi, les filles ayant utilisé le préservatif de façon constante à l'entrée dans l'étude, celles n'habitant pas avec leurs deux parents et celles étant dans une relation affective de moins de trois mois avaient une plus grande probabilité d'utiliser le préservatif de façon constante à la fin de la période de suivi. Concernant les prédicteurs de l'utilisation du préservatif par le passé et à la durée de la relation affective, ils ont déjà été documentés dans la littérature. Par exemple, il est déjà connu que les habitudes passées par rapport aux comportements sexuels déterminent le comportement présent (Haiek et Brochu, 1996; Otis et al., 1991; Otis, 1996; Stanton et al., 1996). Quant à la durée de la relation affective, elle est un déterminant connu de l'abandon du préservatif (Abraham et Sheeran, 1994; Graham, 1994; Haiek et Brochu, 1996; Otis, 1996) et cela pour deux raisons majeures. D'une part, après un certain temps, si la jeune fille fait déjà usage ou débute la prise de contraceptifs oraux et se sent à l'abri d'une grossesse non désirée, le préservatif sera abandonné. D'autre part, avec le temps, une relation de confiance se crée entre les deux partenaires amenant par le fait même une diminution des craintes face aux MTS et l'abandon subséquent du préservatif et ce, même sans test de dépistage.

Le troisième prédicteur documenté dans notre étude est moins évident à expliquer, cependant on pourrait postuler qu'il est associé au niveau de responsabilité des participantes. En effet, il semble légitime de penser que les participantes qui habitent avec un seul parent ou qui habitent seules sont plus autonomes et plus responsables que les participantes qui habitent toujours avec leurs deux parents. Par conséquent, les participantes plus responsables utiliseraient davantage le préservatif de façon constante que les autres jeunes filles.

À l'égard des analyses effectuées chez les utilisatrices constantes et non-constantes de contraceptifs oraux de façon séparée les résultats diffèrent. Chez les utilisatrices constantes, on retrouve des résultats similaires à ceux obtenus pour l'échantillon total, alors que chez les utilisatrices non-constantes, le seul prédicteur de l'utilisation constante du préservatif à la fin de la période de suivi est l'utilisation constante du préservatif à l'entrée de l'étude. L'absence dans le modèle de la durée de la relation affective supporte donc l'explication déjà mentionnée antérieurement sur le rôle de la prise de contraceptifs oraux sur l'utilisation du préservatif.

8.1.5 Effet de l'intervention chez les participantes ayant débuté leur vie sexuelle pendant la période de suivi

Pour conclure sur l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles, des analyses ont été effectuées chez les participantes (n=28) devenues actives sexuellement au cours de la période de suivi soit entre le moment de l'entrée au projet et la fin de la période de suivi. Le devis initial proposait l'inclusion des adolescentes-tutrices sexuellement actives ou qui prévoyaient le devenir prochainement. C'est pourquoi l'effectif a été composé de 80,6 % des tutrices qui avaient déjà eu une relation sexuelle vaginale, anale ou orale lors du recrutement à l'étude. Toutefois, un nombre considérable d'amies de ces dernières (43,9 % du groupe expérimental et 37,8 % du groupe témoin) n'avaient jamais eu de relations sexuelles avant de participer au projet. Ainsi, plusieurs d'entre elles sont devenues actives sexuellement au cours de la période de suivi. L'incidence cumulative de début des relations sexuelles pendant les six mois de suivi fut de 16,8 % dans le groupe expérimental et de 13,9 % dans le groupe témoin, une incidence qui semble plus importante que celle de 19 % pour un suivi d'une année enregistré dans la seule autre intervention recensée ayant visé des groupes d'amies naturelles (Stanton et al., 1996a). Les analyses exploratoires (post-hoc) réalisées dans la présente cohorte de filles ont démontré que même s'il n'y a pas de différence dans la méthode de protection utilisée à la première relation sexuelle, le pourcentage des relations sexuelles totales protégées par le préservatif est deux fois plus élevé chez les filles du groupe expérimental comparativement aux participantes du groupe témoin. Ces résultats indiquent que chez les adolescentes ayant déjà une vie sexuelle active au moment de l'intervention, cette dernière n'a pas réussi à modifier leurs comportements, tandis que chez les adolescentes n'ayant pas encore débuté leur vie sexuelle, l'intervention se serait montrée efficace pour influencer les conduites sexuelles sécuritaires (utilisation du préservatif).

8.1.6 Observations supplémentaires

Deux autres différences à interpréter avec prudence ont été notées entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Dans un premier temps, à l'entrée de l'étude, une différence significative est apparue entre le groupe témoin et le groupe expérimental quant à l'utilisation du préservatif lors des relations anales. Quoique cette observation ne concerne qu'un nombre très restreint de sujets, les participantes

du groupe témoin disent avoir utilisé davantage le préservatif que les participantes du groupe expérimental dans ce type de relations. Alors qu'on constate au (t_1) une tendance inverse, soit que les participantes du groupe expérimental disent avoir utilisé davantage le préservatif que les participantes du groupe témoin, ce résultat n'est toutefois pas significatif. Tout en étant prudent avec cette interprétation, on pourrait alors supposer que si les jeunes filles ayant des relations anales se sont considérées plus à risque et qu'un changement radical entre le (t_0) et le (t_1) est observé, cela pourrait supporter notre hypothèse d'effet bénéfique de notre intervention sur ce type de relations.

La deuxième différence observée concerne l'histoire de MTS. Les participantes du groupe témoin ont indiqué avoir été davantage confrontées à une MTS pendant la période de suivi de six mois que les participantes du groupe expérimental. Les pourcentages sont très faibles, mais indiquent qu'une fille sur 306 du groupe expérimental rapporte avoir eu une MTS tandis qu'il se situe à cinq filles sur 222 chez les participantes du groupe témoin. De plus, même si le type de MTS était précisé lors du questionnaire et qu'un effort a été fait afin que des maladies n'étant pas considérées comme des MTS (par exemple, la vaginite) ne soient pas comptabilisées, il reste que ces données étaient auto-rapportées et qu'elles n'ont pas la même validité que les données produites par les études utilisant des tests de laboratoire (Boyer et al., 1997; Kamb et al., 1998; Shain et al., 1999). Aussi, il est possible que les adolescentes du groupe témoin aient été moins réticentes à rapporter une MTS après avoir été soumises à une intervention ayant trait à l'alimentation, que les filles du groupe expérimental qui s'avaient bien que l'intervention à laquelle elles avaient participé préconisait l'utilisation du préservatif pour prévenir les MTS. Un biais de désirabilité différentielle a donc pu intervenir pour cette question précise. De plus, l'absence de tests de dépistage à l'entrée dans l'étude ne permet pas de confirmer que les cas rapportés étaient des cas prévalents au départ et dépistés pendant la période de suivi ou s'il s'agissait vraiment de cas incidents apparus durant cette période.

Aussi, comme ces résultats étaient les seuls significatifs parmi plusieurs tests de signification et que ces associations n'étaient pas incluses dans les hypothèses de départ, nous ne pouvons exclure la probabilité que les présentes associations représentent l'expression d'une erreur de type I.

8.1.7 Degré d'exposition à l'intervention

Finalement, une dernière raison pouvant expliquer les résultats obtenus se situe au niveau de l'assignation des participantes dans les groupes expérimental et témoin. Comme il l'a été mentionné dans la section 6.1, les résultats ont été analysés dans la perspective d'un essai d'efficacité réelle (*effectiveness trials)*, où l'assignation initiale a été respectée sans prendre en compte le degré d'exposition des sujets. Ainsi, le groupe expérimental incluait des filles exposées à l'ensemble de l'intervention, des filles partiellement exposées et des filles très peu ou pas exposées à l'intervention. Des 309 tutrices et amies du groupe expérimental ayant répondu au questionnaire, 87 % ont participé à au moins une des quatre sessions d'intervention. Ce constat surpasse celui de l'étude de Stanton et al., où seulement 75 % des jeunes du groupe expérimental avaient été exposés à au moins une des sessions de l'intervention. Par contre dans notre étude, une fois que le matériel de l'intervention était remis à la tutrice, l'intervention avait lieu dans leur milieu naturel et ne permettait pas un suivi étroit du déroulement des activités avec la conséquence inhérente de diminuer le degré de participation potentiel des jeunes filles. Effectivement, seulement 26,2 % des participantes du groupe expérimental ont été observantes de l'intervention, c'est-à-dire qu'elles ont été exposées aux quatre sessions de l'intervention. Manifestement, l'exposition partielle au matériel (pochettes #1 à #4) peut être un facteur pouvant être responsable de l'absence d'effet observé de l'intervention.

8.1.8 Effet de l'intervention sur les déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif

Dans cette étude, nous avons tenté d'explorer les mécanismes qui déterminent la modification de comportements en mesurant, en pré et post-intervention, les déterminants psychosociaux du comportement à l'étude. À la suite des analyses, on constate que l'attitude directe face à la nécessité d'utiliser le préservatif dans les relations sexuelles des six prochains mois est le seul déterminant psychosocial qui a été influencé par l'intervention. En contrôlant pour des facteurs confondants, le score mesurant l'attitude vis-à-vis de la nécessité d'utiliser le préservatif dans les six prochains mois, même si la fille utilisait les contraceptifs oraux, est 0,18 fois moins élevé chez les participantes du groupe expérimental que chez les participantes du groupe témoin. En comparant les scores à (t_0) et (t_1), on note que l'effet de l'intervention se résume dans le maintien d'une attitude favorable chez les filles du groupe témoin (t_0=6,5, t_1=6,4) tandis qu'au niveau du groupe expérimental, le score de l'attitude a diminué (t_0=6,5, t_1=6,3). Cet effet néfaste de l'intervention est difficile à comprendre, spécialement en tenant compte que dans l'intervention originale, un effet bénéfique de l'intervention sur l'attitude (indirecte) avait été documenté. Entre autre, le fait que cette association va à l'encontre des hypothèses émises nous amène à considérer la possibilité qu'elle soit l'expression d'une erreur de type I. Il est également important de noter que malgré la présence d'une différence statistiquement significative entre les deux groupes dans le score de l'attitude directe, la signification clinique et de santé publique de cette différence entre les adolescentes du groupe expérimental et du groupe témoin est difficile à préciser.

Les scores inchangés des autres déterminants psychosociaux peuvent s'expliquer soit du fait que l'intervention n'a eu aucun effet sur ceux-ci, soit du fait que pour plusieurs déterminants mesurés, un « effet plafond » est apparu, c'est-à-dire qu'un grand pourcentage de participantes avaient déjà des scores très élevés envers l'utilisation du préservatif. En effet, en tenant compte que les scores pourraient varier entre un et sept au moment de l'entrée dans l'étude, neuf des dix échelles mesurant les déterminants psychosociaux avaient déjà un score de cinq et plus et la moitié avait un score supérieur ou égal à six. Quoique ces scores élevés pourraient être inhérents à un biais de désirabilité sociale, ils pourraient aussi laisser soupçonner qu'il existe un manque de sensibilité au niveau des instruments utilisés pour mesurer des changements dans les déterminants psychosociaux suite à la participation dans une intervention visant l'utilisation du préservatif.

8.2 Validité des résultats

8.2.1 Validité interne

En ce qui concerne la validité interne, plusieurs mesures ont été prises afin d'éviter les sources potentielles de biais analytique.

- **Biais de sélection et mortalité différentielle**

Pour diminuer les biais associés à la sélection du groupe témoin, la technique de Matusita a été utilisée afin de déterminer des couples de CLSC dont la comparabilité est optimale et ainsi éviter les différences qui pourraient exister entre le groupe expérimental et un groupe témoin non équivalent.

D'autres mesures ont été prises afin d'éviter une participation différentielle entre les groupes témoin et expérimental. Des efforts ont ainsi été effectués afin de recruter toute adolescente éligible, de standardiser le suivi et de minimiser les pertes d'effectifs pendant la période de suivi. De plus, l'administration de la tâche contrôle pour le groupe témoin avait pour but d'éviter des motivations différentielles entre les deux groupes au niveau du recrutement, de la participation à l'étude et de la prédisposition déjà existante à changer.

Malgré tous ces efforts, une source possible de distorsion au niveau du suivi de la population à l'étude a pu survenir. Ainsi, un taux d'attrition de 15 % à 20 % était prévu pour l'ensemble des participantes alors que le taux d'attrition réel s'est avéré de 15 %, ce qui représente 94 participantes parmi les 626 adolescentes recrutées au départ. À la suite des analyses comparant les adolescentes ayant quitté l'étude et celles l'ayant complété, il est légitime de penser qu'un biais dû à la mortalité différentielle est peu probable et cela, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, on constate très peu de différences entre les participantes ayant quitté l'étude et celles l'ayant complétée. En effet, une entrée plus précoce dans la vie sexuelle chez les participantes ayant quitté l'étude, s'explique par le fait que ces dernières étaient significativement plus jeunes que les participantes ayant complété l'étude. Pour ce qui est du nombre plus élevé de cas de MTS rapporté chez les participantes ayant quitté l'étude, il pourrait s'agir du retrait des adolescentes étant considérées comme plus à risque, toutefois, comme il a déjà été mentionné on peut se questionner sur la validité de cette variable dû au fait qu'elle mesure un comportement auto-rapporté. Par contre, aucune des principales variables à l'étude (utilisation du préservatif, utilisation de la pilule, etc.) n'a démontré de différence significative entre les deux groupes, ce qui laisse supposer que les participantes qui ont quitté l'étude n'avaient pas de caractéristiques particulières pouvant entraîner un biais sur les principaux résultats escomptés.

Par ailleurs, l'ajout de techniciennes de recherche dans six des dix CLSC a pu entraîner un biais de sélection, les participantes n'étant pas toutes recrutées de la même façon. Il nous est toutefois impossible de mesurer l'impact de ce biais sur les résultats observés.

- **Biais d'information**

Étant donné la nature de l'étude et tel qu'expliqué dans la section 6.5.3, nous nous attendions à ce que la mesure de l'effet escompté soit systématiquement biaisée (par exemple, l'utilisation du préservatif est surestimée compte tenu du biais de désirabilité sociale); cette erreur étant la même pour les deux groupes (non différentielle), ceci aurait résulté en une estimation conservatrice de l'association entre l'intervention et l'utilisation du préservatif. Par contre, une erreur différentielle entre les groupes expérimental et contrôle aurait conduit à une estimation faussement basse ou élevée de l'association. Deux stratégies ont visé à diminuer ce biais différentiel. Premièrement, l'administration de la tâche contrôle et l'inclusion dans le questionnaire d'une section portant sur l'alimentation visaient à ce que le groupe contrôle ait l'impression « d'être expérimenté ». De cette manière, en maintenant les jeunes aveugles au statut d'exposition et aux hypothèses de l'étude dans l'ensemble des régions, ce type de biais a peut-être été minimisé. Par exemple, le fait de savoir qu'on fait partie du groupe expérimental ou non influence la manière de répondre aux questionnaires et de rapporter les comportements à changer : typiquement, les personnes qui connaissent leur statut d'exposition, répondent mieux aux questionnaires et rapportent les changements de comportements attendus. Deuxièmement, les hypothèses à l'étude n'ont pas été révélées aux techniciennes de recherche, pas plus que le statut de sujet expérimental ou contrôle des adolescentes questionnées.

Pour sa part, la grille d'activités sexuelles devait servir à réduire le biais de rappel dans les réponses et à améliorer la validité des données. Ainsi, parmi les 362 participantes actives sexuellement, 138 adolescentes (38 %) disent avoir complété la grille d'activités sexuelles soit 33 % des participantes du groupe expérimental et 46 % des participantes du groupe témoin. Parmi celles ayant complété cette grille, 43 % des participantes du groupe expérimental et 51 % des participantes du groupe témoin disent l'avoir complétée tout au long du projet et 41 % des participantes des deux groupes disent avoir utilisé la grille pour répondre au questionnaire (t_1). Pour ce qui est des participantes n'ayant pas complété la grille d'activités sexuelles, 70 % disaient ne l'avoir jamais reçue, 8 % disaient ne pas être intéressées, 2 % disaient l'avoir perdue et 18 % ont énoncé d'autres raisons telles le manque de temps ou l'oubli. Tout en gardant cette dernière observation et les réserves notées dans la section 6.5.3 quant à la validité des questionnaires sur l'activité sexuelle, nous considérons que l'utilisation d'une mesure d'auto-surveillance (grille d'activités sexuelles) par un nombre considérable de participantes, a permis d'améliorer la validité des données recueillies.

- **Biais confondants**

Plusieurs facteurs nous permettent de croire que les participantes du groupe expérimental et les participantes du groupe témoin avaient des caractéristiques sociodémographiques et comportementales comparables ce qui diminue la possibilité de l'existence de biais de confusion. D'une part, les échantillons provenaient de territoires qui se ressemblent et où l'accessibilité au système de soins est la même. D'autre part, nous n'avons pas eu de distribution inégale pour la très grande majorité des facteurs socio-économiques et comportementaux entre les deux groupes; enfin, les facteurs confondants potentiels ont été mesurés et quant cela était possible contrôlés au moyen des analyses multivariées.

8.2.2 Validité externe

- **Biais de contagion**

Le biais de contagion est jugé comme peu probable du fait que les régions choisies n'étaient pas contiguës, ceci permettant de minimiser l'interaction entre les intervenants auprès des adolescentes à l'école et ceux de la clinique jeunesse, de même que l'interaction entre les jeunes elles-mêmes (spécialement en vue de l'intervention de type « Cascade aux pairs »).

- **Interventions compensatoires**

Il y avait aussi un risque que les intervenants de la clinique jeunesse du groupe témoin prêtent une attention plus grande et poussent plus que d'habitude l'utilisation du préservatif avec les adolescentes qui participaient au groupe témoin (interventions compensatoires). Pour évaluer ce phénomène, le nombre de rencontres entre les adolescentes et les intervenants (cliniciens et professionnels du milieu) a été mesuré : aucune différence n'a été notée entre les deux groupes quant au nombre de visites effectuées chez les médecin, les infirmières scolaires et l'infirmière de CLSC. Aussi, les interactions entre les techniciennes de recherche et les adolescentes ont été restreintes aux échanges reliés au suivi et à la collecte des données.

8.3 Forces et limites

À la lumière de l'évaluation présentée et des principaux résultats obtenus, nous présentons dans cette section les forces et limites de la méthodologie utilisée d'une part, pour l'évaluation et d'autre part, pour l'intervention proprement dite.

8.3.1 Au niveau méthodologique

Au niveau de l'évaluation du projet, des efforts importants ont été apportés afin d'assurer la rigueur méthodologique à l'étude. Nous avons respecté plusieurs critères déjà publiés pour les essais randomisés en général (The Standards of Reporting Trials Group, 1994) et plus spécifiquement, pour ceux visant les comportements sexuels en particulier (O'Leary et al., 1997).

Ainsi, l'évaluation de l'intervention :

- présentait un devis expérimental avec des mesures spécifiques pour éviter des biais d'information courants dans ce type de recherche;
- avait des hypothèses bien définies au regard des mesures des résultats. Toutes les analyses secondaires (post-hoc) ont été clairement indiquées;
- a obtenu la taille de l'échantillon répondant aux critères fixés au départ;
- a montré un taux d'attrition inférieur à 20 % chez les participantes du groupe expérimental et chez les participantes du groupe témoin; taux très acceptable dans ce type de recherche évaluative réalisée auprès d'une clientèle adolescente;
- a utilisé une analyse de type (*intention to treat)* pour préserver la valeur de la randomisation. En effet, toutes les participantes des deux groupes ont été rejointes à la fin de la période de suivi et leur assignation initiale a été respectée malgré les différences observées au niveau du degré d'exposition (*effectiveness trial)*;
- a mesuré l'effet de l'intervention de type « Cascade aux pairs » non seulement chez les participantes tutrices mais également chez les participantes amies;
- a inclus des hypothèses médiatrices pour tenter d'expliquer l'effet de l'intervention.

Par contre, dans l'évaluation de l'intervention plusieurs limites ont été observées notamment :

- la méthode de recrutement a différé d'un CLSC à l'autre. L'utilisation de techniciennes dans six des dix CLSC a pu générer un certain biais de sélection;
- le degré d'exposition à l'intervention n'a pas été homogène parmi les participantes du groupe expérimental. Effectivement, un nombre considérable de participantes du groupe expérimental n'ont pas été exposées ou ont été exposées partiellement à l'intervention. La décision d'évaluer

l'efficacité réelle de l'intervention nous a empêché d'évaluer l'efficacité potentielle, ce qui nous aurait aidé à documenter si l'intervention réalisée comme prévue aurait eu un effet positif sur l'utilisation du préservatif;

- les motifs d'abandon du projet n'ont pas été recueillis de façon systématique;
- il a été impossible de vérifier plusieurs hypothèses au moyen des analyses multivariées dû entre autres à la distribution anormale de la variable dépendante;
- on n'a pas considéré la structure hiérarchique des données dans les analyses.

8.3.2 Au niveau de l'intervention proprement dite

Une des forces de la présente intervention réside dans le respect des critères d'efficacité appliqués aux programmes de prévention visant la réduction de comportements sexuels à risque. Ces critères, proposés par différents auteurs, tracent les grandes lignes de conduite dans la mise sur pied de tels programmes (Fisher et Fisher, 1992; Abraham et Sheeran, 1994; Graham, 1994; Kirby et al., 1994; Botvin et al., 1995; Holtgrave et al., 1995; Oakley et al., 1995b; Rotherman-Borus et al., 1998; Bérubé, 1999; Kirby, 1999). Plus spécifiquement l'intervention présentée :

- visait la modification d'un comportement bien défini et restreint : l'utilisation du condom lors de relations sexuelles avec pénétration vaginale, anale ou orale;
- était basée sur un modèle théorique ayant déjà démontré son efficacité pour la modification de comportements à risque;
- a utilisé les résultats de l'évaluation initiale et les commentaires des jeunes émis lors de cette évaluation afin d'améliorer et d'adapter le matériel d'intervention approprié à la population cible ou pour bonifier le matériel d'intervention existant;
- a respecté la spécificité culturelle des participantes;
- utilisait des méthodes d'enseignement actives telles que jeux, expériences provoquées et jeux de rôles. De plus, l'utilisation des pairs a contribué à rendre l'intervention plus dynamique;
- visait le développement d'habiletés au niveau de la communication et de la négociation.

Quant aux limites, l'intervention :

- n'a pas ciblé comme tutrice les adolescentes les plus leaders et celles choisies n'ont pas reçu de formation préalable avant de mettre en place l'intervention;
- comptait un nombre total de rencontres moindre et d'une durée plus courte que celles réalisées dans des programmes habituels en milieu scolaire ou hors du milieu scolaire;

- ne permettait pas un contrôle idéal sur le déroulement des jeux et activités du fait que l'intervention n'était supervisée par aucun intervenant. Cette supervision est particulièrement importante lors du recours à certaines méthodes pédagogiques comme les jeux de rôles. De plus, l'absence de supervision jumelée à l'absence de counselling individuel rend presque inexistant le soutien clinique et a pu inciter certaines filles à ne pas s'impliquer autant qu'il aurait été souhaitable ou encore à délaisser certaines activités ou jeux.

8.4 Réflexions sur l'intervention de type « Cascade aux pairs »

Compte tenu des forces et limites associées à l'intervention de type « Cascade aux pairs » et présentées dans la section antérieure, l'absence d'effet de l'intervention nous a amené à remettre en question certains éléments de l'intervention qui pourraient être bonifiés lors d'une intervention future. Une analyse critique de ces éléments a déjà été faite à la suite des résultats éphémères de l'intervention originale (Haiek et al., 1997). Avec les résultats de cette nouvelle expérimentation, de nouveaux éléments viennent s'ajouter aux éléments précédemment identifiés.

Un premier élément peut tenir du fait que le contenu de l'intervention n'ait pas été suffisamment adapté aux besoins spécifiques de la population cible. Lors du développement de l'intervention originale des moyens formels n'avaient pas été utilisés pour déterminer les besoins et sélectionner les meilleures stratégies en vue de développer le matériel d'intervention en fonction de ces besoins. Le contenu des activités avait été davantage développé à partir de résultats de recherches réalisées auprès d'adolescents et adolescentes fréquentant le milieu scolaire dans la région de la Montérégie (Otis el, 1991) et provenant d'un milieu socioculturel très similaire à celui des participantes de l'étude actuelle. Par la suite, la présente intervention a été adaptée en se basant sur les commentaires émis par les participantes lors de l'intervention originale mais sans non plus avoir recours à des moyens plus formels d'analyse de besoins tel que des groupes de discussion ou des entrevues semi-structurées pour explorer plus spécifiquement les stratégies éducatives et le matériel d'intervention.

Ensuite, l'évaluation démontre que l'intervention semble avoir une influence positive chez les filles qui n'ont pas encore débuté leur vie sexuelle active. Il serait donc pertinent d'évaluer rigoureusement les effets de l'intervention chez cette clientèle étant donné qu'il semble que les résultats obtenus renforce le principe qu'il soit plus rentable d'amener les individus à développer de saines habitudes plutôt que de tenter de modifier des comportements ayant déjà été adoptés. Par ailleurs, la tendance observée d'augmentation de l'usage du préservatif chez les filles qui n'utilisent pas les contraceptifs oraux de façon constante, indique que le message de double protection associé au préservatif peut être renforcé, chez ce groupe de filles, par une intervention de type « Cascade aux pairs » visant à augmenter l'utilisation du préservatif.

Un autre élément à considérer réfère au cadre théorique sous-jacent à l'intervention. Le modèle retenu résultait d'une combinaison de modèles de prédiction du comportement. Ainsi, l'intervention visait à modifier les déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif. Cependant elle ne tenait pas compte du stade spécifique où se situait chaque participante vis-à-vis le comportement à l'étude tel que le préconisent certains auteurs (Prochaska et al., 1992). Il a déjà été proposé que pour améliorer l'efficacité d'une intervention, il serait nécessaire d'identifier le stade spécifique de changement d'un individu afin d'agir potentiellement sur les barrières présentes à ce stade de changement (Boyer et al., 1997).

Aussi, le message central de l'intervention de type « Cascade aux pairs » était, suivant la logique épidémiologique, consciemment restreint à la promotion de l'utilisation du préservatif, quel que soit

le contexte sexuel. Toutefois, comme mentionné auparavant (Haiek et al., 1997) ce choix de message va à l'encontre des recommandations de chercheurs stipulant que les interventions devraient viser des préoccupations plus larges par rapport à la sexualité étant donné que pour les adolescentes, l'activité sexuelle n'a pas comme but unique la prévention des maladies, des enjeux strictement collectifs, mais s'inscrit dans les enjeux individuels de toute vie humaine (Abraham et Sheeran, 1994; Boyer et al., 1997; Gaudreau, 1997; Maticka-Tyndale, 1997; Otis et al., 1997; Shain et al., 1999).

En ce qui concerne les méthodes pédagogiques utilisées, le modèle d'éducation par les pairs adopté dans la présente intervention s'écarte légèrement des modèles utilisés jusqu'à maintenant. Dans le réseau scolaire notamment, la plupart des programmes implantés, l'ont été sous supervision directe ou indirecte (Caron et al., 1998; Legaré, 1987; Tourigny, 1989) et ont surtout employé les pairs comme « intervenants » formés pour transmettre des messages dont le contenu était déterminé au préalable par les spécialistes (Gaudreau, 1997). L'intervention de type « Cascade aux pairs » a fait une application différente du modèle d'éducation par les pairs qui avait comme particularité de laisser les équipes « tutrice-amies » à elles-mêmes pour réaliser les activités. En effet, la « tutrice » expérimentait avec ses pairs dans son milieu naturel le matériel éducatif qu'une intervenante lui avait remis.

Une autre faiblesse de la formule « Cascade aux pairs » réside dans une des méthodes éducatives proposées dans cette intervention. En effet, l'utilisation du jeu de rôle sans encadrement extérieur par une personne qualifiée représentait un défi important. L'expérience dans l'intervention originale démontre que certaines des activités sont difficiles à accomplir, dans le sens où les participantes rapportent de la difficulté et de la gêne à se mettre dans le rôle. Ceci a pu influencer l'impact de ces activités éducatives sur le développement des habiletés de communication et de négociation. Cet aspect de l'intervention de type « Cascade aux pairs » est probablement déficient par rapport à d'autres programmes d'interventions où ce genre d'activités est encadré et animé par des intervenants qualifiés ou à tout le moins par un groupe de pairs formés à cet effet.

Aussi, le fait d'avoir modifié pour des raisons de faisabilité l'intervention originale en supprimant les rencontres « tutrice-intervenante » a peut-être contribué aux résultats peu concluants obtenus car les participantes n'ont pas effectué de retour systématique sur leurs expériences vécues. De plus, avec ces changements, les intervenantes ont perdu leur rôle spécifique de « conseillères », rôle déjà reconnu par les adolescentes qui consultent. Il est ainsi plausible de croire que l'absence de supervision par le biais de rencontres individuelles a pu également influencer l'observance des participantes à franchir chacune des étapes prévues jusqu'à la fin de la période de suivi. Autrement dit, si le volet counselling avait été conservé, cela aurait-il pu contribuer à une meilleure participation des adolescentes vis-à-vis de l'intervention et ainsi, à obtenir le résultat souhaité. Ces considérations jumelées aux résultats observés par d'autres auteurs, nous amène à reconsidérer le choix de délaisser les rencontres entre les adolescentes et les intervenants. Effectivement, l'étude de Kamb et al. (1998), montre que le counselling individuel est possible et souhaitable même dans des cliniques publiques achalandées. Au Québec, ce counselling devrait être pris en charge par des professionnels qualifiés incluant entre autres les médecins, les infirmières, les sexologues ou les travailleurs sociaux.

Un dernier élément à considérer relève de l'intensité de l'intervention. La présente intervention, d'une durée de quatre heures, était beaucoup moins intense que la plupart des études recensées. Cependant, l'influence de l'intensité de l'intervention sur les effets escomptés n'est pas clairement démontrée dans

les études présentées à l'annexe 1. En effet, deux études réalisées auprès d'adolescents fréquentant des milieux de réadaptation et communautaires, ont démontré des effets de l'intervention associés à leur intensité (mesurée par le nombre de rencontres) (Rotheram-Borus, 1991 et 1998) tandis que deux autres études réalisées en milieu clinique (Jemmott et al., 1992; Kamb et al., 1998), ont montré une réduction des comportements sexuels à risque et de l'incidence des MTS malgré des activités peu intenses. Toutefois, le fait que les adolescentes consultaient pour le dépistage ou le traitement des MTS (Kamb et al., 1998) a pu contribuer à l'efficacité de l'intervention de moindre intensité. Comme il a déjà été mentionné précédemment, le choix du moment de l'intervention semble être un élément important pour le succès de celle-ci; ainsi, les personnes qui consultent seraient plus enclines à changer des comportements non-sécuritaires (Kamb et al., 1998).

À la suite des réflexions précédentes, nous émettons des recommandations dans l'éventualité de la mise en œuvre et de l'évaluation d'interventions futures :

- offrir les activités actuelles incluses dans l'intervention « Cascade aux pairs » à une clientèle plus jeune ou qui n'a pas débuté ses activités sexuelles;

- chercher lors d'une prochaine implantation de ce programme, à ce que le contenu de l'intervention soit validé par des procédures formelles de consultation auprès de la clientèle adolescente visée et auprès de professionnels œuvrant auprès d'eux;

- examiner la possibilité d'élargir le cadre conceptuel de l'intervention aux préoccupations plus larges par rapport à la sexualité, intégrer de nouvelles approches théoriques et profiter de l'expertise offerte par d'autres disciplines intéressées aux modifications de comportements pour enrichir le savoir déjà acquis;

- renforcer dans l'intervention les stratégies de gestion de risque autres que l'utilisation du préservatif et tenir compte de ces stratégies lors de l'évaluation afin de mieux outiller les jeunes à faire des choix éclairés et responsables face à leur propre santé sexuelle;

- réfléchir aux stratégies pédagogiques de façon à améliorer les activités visant l'acquisition des habiletés de négociation et de communication (encadrement des jeux de rôles);

- maintenir la formule « Cascade aux pairs » avec les modifications suivantes : réévaluer la pertinence des rencontres « tutrice-intervenante », tout en considérant le rôle à donner aux adultes-intervenants et les enjeux de faisabilité. Par exemple, le rôle de l'intervenante pourrait consister en un seul retour non structuré sur les expériences vécues lors des rencontres « tutrice-amies ».

Enfin, d'autres avenues restent à explorer puisque l'intervention ne visait que les adolescentes ayant consulté en clinique jeunesse. Il serait donc intéressant d'analyser la possibilité d'adapter les activités à un autre type de clientèle adolescente, entre autres, la clientèle masculine ou mixte, les adolescents fréquentant le milieu scolaire et les jeunes en difficulté d'adaptation.

CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons présenté l'évaluation de l'intervention de type « Cascade aux pairs » visant l'adoption de comportements sexuels sécuritaires auprès d'une clientèle adolescente. L'absence d'effets de l'intervention sur l'utilisation du préservatif est certes décevante mais elle invite à réviser les stratégies préconisées et à élargir le cadre d'interventions futures. Ainsi, devant la complexité de la modification des comportements sexuels des adolescents et adolescentes, il est moins probable qu'une intervention unique y parvienne. Il est de notre avis que la multiplication des interventions préventives soit la meilleure façon d'inciter les jeunes à adopter des comportements sexuels sécuritaires. De même, l'enseignement et l'adaptation des multiples visions élargies d'un comportement préventif au discours actuel, permettra d'atteindre un de nos objectifs premiers en santé publique, soit de diminuer l'incidence des MTS et du sida chez la population adolescente.

Synthèse des étu
réalisées auprès d
femmes et des
adolescents (no
toxicomane) à risq
transmission de M
sida sur les interve
axées sur la modifi
de comporteme
sexuels à risque réa
hors du milieu sco

Annex

Tableau A1.1
Résumé des interventions axées sur les changements des comportements sexuels à risque « *Milieu communautaire* »

Auteur	Intervention	Population	Devis	Suivi	Variables médiatrices	Effet sur l'utilisation du condom
DiClemente et Wingwood. 1995	5 rencontres de groupe de 2 heures **Durée totale : 10 heures** Animation : pairs Théorie : Apprentissage social Recherche d'élicitation : oui	128 femmes afro-américaines Âge moyen 23,2 ans Âgées entre 18 et 29 ans Recrutées par technique de démarchage	$t_0 \times t_1$ (avec intervention) $t_0 \times t_1$ (rencontre sida) t_0 t_1 (sans intervention) t_1 = 3 mois Randomisé	t_1=100 sujets taux d'attrition (22 %)	Habiletés au t_1	t_1 : oui Augmentation de l'utilisation constante (100 %) du condom
Stanton et al.. 1996	Rencontres de groupe de 3 à 10 amis : 7 de 1,5 heure et 1 de 7 heures **Durée totale : 17 heures 30 minutes** Animation : intervenants communautaires Théorie : Protection motivation Recherche d'élicitation : oui	383 hommes et femmes afro-américains Âgés entre 9-15 ans Âge moyen : 11.3 ans Provenant de 9 organismes communautaires	$t_0 \times t_1$ t_2 (expérimental) t_0 t_1 t_2 (tâche contrôle) t_1 : 6 mois t_2 : 12 mois Randomisé en grappes pairées	t_1 = 301 t_2 = 278 taux d'attrition (16 %)	Intention au t_1	Niveau individuel : t_1 : oui t_2 : non Niveau des groupes : t_1 : non t_2 : non Augmentation de l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle
Carey et al.. 1997	4 sessions de 90 minutes **Durée totale : 6 heures** Animation : étudiants au Ph.D. en psychologie Théorie : modèle Information motivation behavior Recherche d'élicitation : oui	102 femmes dont 76 afro-américaines Âgées entre 16 et 64 ans Âge moyen : 32,5 ans Recrutées par technique de démarchage	$t_0 \times t_1$ t_2 (expérimental) t_0 t_1 t_2(sans intervention) t_1 : 3 semaines t_2 : 3 mois Randomisé	t_1 = 92 t_2 = 81 taux d'attrition (21 %)	Connaissances au t_1 et t_2 Habiletés au t_1 Intention au t_1 et t_2	t_1 : oui t_2 : non Diminution des relations sexuelles non protégées au cours des 2 dernières semaines
Rotheram-Borus et al.. 1998	x(1) : 7 rencontres de groupe de 1.5 heures x(2) : 3 rencontres de groupe de 3,5 heures **Durée totale : 10 heures 30 minutes** Animation : intervenants communautaires Théorie : Apprentissage social Recherche d'élicitation : oui	151 hommes et femmes afro-américains et hispaniques Âgés entre 13 et 24 ans Âge moyen : 18.1 ans Recrutés dans une agence de service sociaux	t_0 x(1) t_1 (7 rencontres) t_0 x(2) t_1 (3 rencontres) t_0 t_1(sans intervention) t_1 : 3 mois Randomisé	t_1 = 127 taux d'attrition (16 %)	Habiletés au t_1	t_1 : non* * Diminution plus importante des relations sexuelles non protégées avec 7 rencontres qu'avec 3 rencontres

Tableau A1.2
Résumé des interventions axées sur les changements des comportements sexuels à risque « *Milieu de réadaptation* »

Auteur	Intervention	Population	Devis	Suivi	Variables médiatrices	Effet sur l'utilisation du condom
Rotheram-Borus et al., 1991	De 3 à 30 rencontres de groupe (médiane 11) et 1 rencontre individuelle **Durée totale : 3 à 30 heures individuelle** Animation : intervenants Théorie : non explicite Recherche d'élicitation : non	189 hommes et femmes fugueurs (63 % afro-américains, 22 % hispaniques) Âgés entre 11 et 18 ans Âge moyen = 15,5 ans Dans 2 maisons de refuge	$t_0 \times t_1\ t_2$ (intervention) $t_0\ \ t_1\ t_2$ (soins réguliers) t_1 = 3 mois t_2 = 6 mois Quasi-expérimental	t_1 = 145 t_2 = 145 taux d'attrition (23 %)	---	t_1 : oui t_2 : oui Augmentation dans l'utilisation constante (100 %) du préservatif
Gillmore et al., 1997	×(1) : 4 rencontres de groupe + vidéo + bande dessinée ×(2) : vidéo + bande dessinée ×(3) : bande dessinée Animation : travailleurs sociaux et pairs Théorie : Action raisonnée et apprentissage social Recherche d'élicitation : oui	282 hommes et femmes (afro-américains et blancs) Âgés entre 14 et 19 ans Âge moyen : 15,7 ans Dans des centres de détention	t_0 ×(1) $t_1\ t_2$ t_0 ×(2) $t_1\ t_2$ t_0 ×(3) $t_1\ t_2$ t_1 = 3 mois t_2 = 6 mois Randomisé	t_1 = 228 t_2 = 174 taux d'attrition (38,3 %)	Aucun effet	t_1 : non t_2 : non
Godin et al., 1998	10 rencontres de groupe animées **Durée totale : 4 à 12 heures** Animation : éducateurs Centres jeunesse Théorie : Action Raisonnée et apprentissage Social Recherche d'élicitation : oui	983 hommes et femmes Âgés entre 11 et 20 ans Âge moyen : 15,3 ans Des 14 centres de réadaptation	$t_0 \times t_1$ (intervention) $t_0\ \ t_1$ (sans intervention) t_1 = 5 semaines à 3 mois Quasi-experimental	t_0 = 925 t_1 = 581 taux d'attrition (41 %)	Attitudes, habiletés et intention au t_1	t_1 : non

Tableau A1.3

Résumé des interventions axées sur les changements des comportements sexuels à risque « *Milieu clinique* »

Auteur	Intervention	Population	Devis	Suivi	Variables médiatrices	Effet sur l'utilisation du préservatif
Jemmott et al., 1992	1 rencontre de groupe de 5 heures **Durée totale : 5 heures** Animation : intervenants de formation Théorie : Action raisonnée Recherche d'élicitation : non	157 hommes afro-américains de milieu urbain Âge moyen = 14.6 ans	$t_0 \times t_1\ t_2$ (intervention) $t_0 \times t_1\ t_2$ (tâche contrôle) t_2 = 3 mois Randomisé	t_1 = 157 sujets t_2 = 150 sujets taux d'attrition (4 %)	Connaissances et attitudes au t_1 et au t_2 Intention au t_1	t_2 : oui Réduction des comportements sexuels à risque (non utilisation du préservatif)
Kelly et al., 1994	5 rencontre de groupe de 1 heure 30 minutes **Durée totale : 7 heures 30 minutes** Animation : intervenants de la clinique et des pairs Théorie : non explicite (Acquisition d'habiletés) Recherche d'élicitation : non	197 femmes (87 % afro-américains) Âgés entre 18 et 40 ans Âge moyen = 29.0 ans	$t_0 \times t_1$ (intervention) $t_0 \times t_1$ (tâche contrôle) t_1 = 6 mois Randomisé	t_1 = 177 sujets t_2 = 93 sujets taux d'attrition (53 %)	Habiletés	t_1 : oui Augmentation dans le pourcentage de relations vaginales protégées par le préservatif
Haiek et Brochu, 1997	3 rencontres de groupe + 3 rencontres individuelles **Durée totale : 3 heures 30 minutes** Animation : auto-administré Counselling : médecin Théorie : Action raisonnée et apprentissage social Recherche d'élicitation : non	163 femmes Âgées entre 14 et 20 ans Âge moyen : 16,9 ans	$t_0 \times t_1\ t_2$ (intervention) $t_0 \times t_1\ t_2$ (tâche contrôle) t_1 = 3 mois t_2 = 6 mois Quasi-expérimental	t_1 = 130 sujets t_2 = 130 sujets taux d'attrition (20 %)	Attitude au t_2	t_1 : oui t_2 : non Augmentation dans le pourcentage de relations vaginales, anales et orales
Boyer et al., 1997	4 rencontres individuelles de 60 minutes **Durée totale : 4 heures** Animation : intervenants Théorie : Aids risk reduction Recherche d'élicitation : non	393 hommes et femmes de à haut risque Âgés entre 18 et 35 ans Âge = 42 % (18-24) 33 % (25-29) 35 % (30-35) Ont déjà eu une MTS ou en ont une en ce moment ou en contact avec MTS	$t_0 \times t_1\ t_2$ (intervention) $t_0 \times t_1\ t_2$(counselling rég.) t_1 = 3 mois t_2 = 5 mois Randomisé	t_1 = 256 t_2 = 236 taux d'attrition (40 %)	Intention au t_1	t_1 : non* t_2 : non * Diminution des relations sexuelles non protégées chez les hommes seulement Aucune réduction au niveau des MTS au t_1 et au t_2

Tableau A1.3 (suite)
Résumé des interventions axées sur les changements des comportements sexuels à risque « *Milieu clinique* »

Auteur	Intervention	Population	Devis	Suivi	Variables médiatrices	Effet sur l'utilisation du préservatif
Kamb et al., 1998	×(1) = 4 rencontre avec counselling intensif ×(2) = 2 rencontres avec counselling bref **Durées totale : ×(1) 3 heures et 20 minutes** **×(2) 40 minutes** Animation : médecin et intervenants Théorie : Action raisonnée et sociale cognitive Recherche d'élicitation : oui	4328 hommes et femmes Âgés de 14 et plus Âge moyen = 25 ans	t_0 ×(1) t_1 t_2(4 rencontres) t_0 ×(2) t_1 t_2(2 rencontres) t_0 × t_1 t_2(counselling ré t_1 = 6 mois t_2 = 12 mois Randomisé	t_1 = 3030 t_2 = 2857 taux d'attrition (34 %)	---	×(1) t_1 et t_2 : oui ×(2) t_1 : oui; t_2 : non Diminution du nombre de relations sexuelles non-protégées (100 % utilisation du condom ou abstinence) Diminution des MTS au t_1 et t_2 pour (1) et (2)
Shain et al., 1999	1 rencontre individuelle et 3 de groupe **Durée totale : 10 heures** Animation : intervenants très bien formés Théorie : Behavioral cognitive et Aids risk reduction Recherche d'élicitation : oui	617 femmes afro-américaines et hispaniques avec MTS Âgées entre 14 et 45 ans Âge : 71 % (<24) 29 % (≥24)	t_0 × t_1 t_2 (intervention) t_0 × t_1 t_2(counselling rég.) t_1 = 6 mois t_2 = 12 mois Randomisé	t_1 = 508 t_2 = 549 taux d'attrition (11 %)	---	t_1 : oui t_2 : oui Diminution des relations sexuelles non protégées Diminution des MTS au t_1 et au t_2 (plus d'effet au t_2 qu'au t_1)

Objectifs génér
et spécifiques
l'intervention
les activités
correspondar
à ces objecti

Anne

Tableau A2.1
Objectifs généraux et spécifiques de l'intervention
Finalité du programme : Augmenter l'utilisation du condom[1]

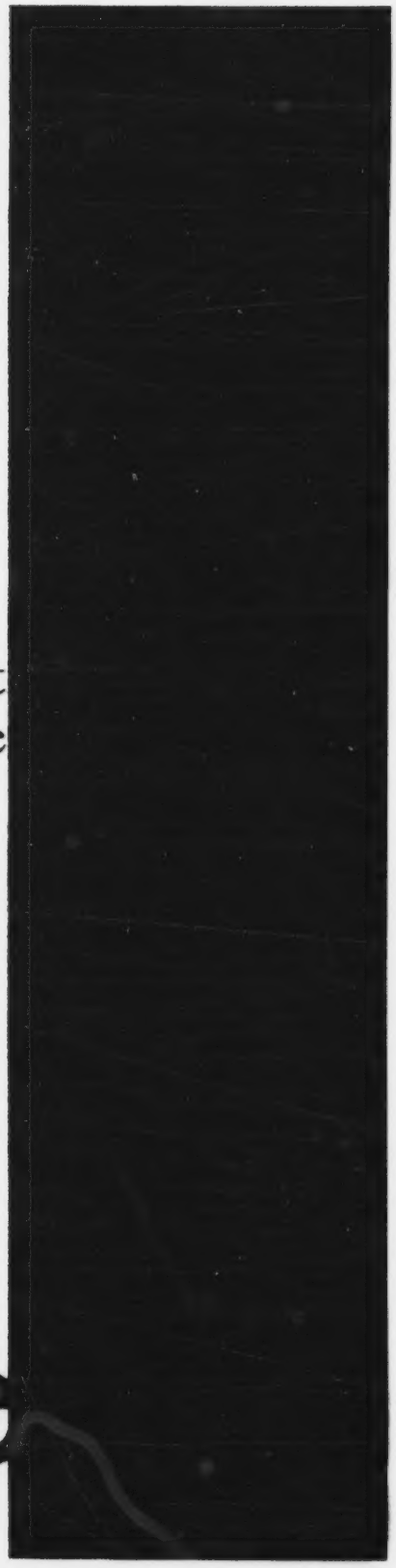
OBJECTIFS GÉNÉRAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIVITÉS
	Amener la participante à :	
Améliorer les connaissances en ce qui a trait aux MTS.	➢ Identifier les principales maladies transmissibles sexuellement.	✧ Le Boggle
	➢ Acquérir les connaissances en ce qui a trait au MTS et aux facteurs de risques de les contracter.	✧ Le Quiz ✧ Roue de la prévention
	➢ Nommer les moyens de se prémunir des MTS.	✧ Le Quiz ✧ Le jeu de la prévention ✧ Jeu du condom ✧ Roue de la prévention
	➢ Reconnaître les caractéristiques des préservatifs et de leur efficacité.	✧ Essaie-moi donc ✧ Je magasine les condoms
Développer une attitude positive en regard de l'utilisation du préservatif.	➢ Identifier ses propres valeurs et attitudes par rapport à l'utilisation du préservatif.	✧ Jeu des dilemmes ✧ Le jeu de la vérité
	➢ Se sentir concernée par le problème de la propagation des MTS.	✧ Le Quiz ✧ Jeu des dilemmes ✧ Et si ça m'arrivait ✧ Pouvons-nous parler?
	➢ Identifier les conséquences suite à une MTS.	✧ Le Quiz
	➢ Reconnaître les avantages et les inconvénients de l'utilisation du préservatif.	✧ Jeu des dilemmes ✧ Le jeu de la prévention ✧ Roue de la prévention
	➢ Juger de la résistance du préservatif.	✧ Essaie-moi donc ✧ Je magasine les condoms
	➢ Donner en ses propres termes des arguments en faveur de l'utilisation du préservatif.	✧ Le jeu de la prévention ✧ Trouvez le slogan
	➢ Identifier l'influence de la prise de drogues et d'alcool dans la transmission des MTS.	✧ Le Quiz
	➢ Acquérir une plus grande aisance à parler du préservatif.	✧ Jeu des dilemmes ✧ Je magasine les condoms ✧ Jeu du condom ✧ Improvisation ✧ Trouver le slogan

[1] Pour favoriser une meilleure compréhension pour les participantes, le terme « condom » a été privilégié à celui de « préservatif » dans le matériel d'intervention, car usuellement employé dans le langage populaire.

Tableau A2.1 (suite)
Objectifs généraux et spécifiques de l'intervention

OBJECTIFS GÉNÉRAUX	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIVITÉS
	Amener la participante à :	
Favoriser une plus grande utilisation constante du préservatif.	➢ Reconnaître les situations à risque de contracter une MTS.	✧ Le Quiz ✧ Le jeu de la prévention ✧ Et si ça m'arrivait ✧ Pouvons-vous parler? ✧ Jeu du condom ✧ Roue de la prévention ✧ Le jeu des dilemmes
	➢ Acquérir des habiletés sur l'utilisation du préservatif.	✧ Essaie-moi donc ✧ Jeu du condom

Détail des activit
utilisées dans chac
des pochettes



Anne

Tableau A3.1
Types d'activités par pochette d'intervention

POCHETTE	NOM DE L'ACTIVITÉ	DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ
#1	➢ Le Quiz	✧ Cartes avec: questions-réponses; questions vrai-faux; style « fais-moi un dessin ».
	➢ Le Boggle	✧ Jeu type Boggle (Mots cachés).
	➢ Jeu des dilemmes	✧ Choix de comportements dans des situations données et identification des personnes pouvant influencer ce choix.
#2	➢ Le Jeu de la prévention	✧ Jeu type Monopoly (basé sur un jeu développé par Action-Sida Laval).
	➢ Essaie-moi donc	✧ Manipulation du condom sur pénis «artificiel» et vérification de la résistance du condom.
	➢ Et si ça m'arrivait	✧ Jeu de rôles.
#3	➢ Le Jeu de la vérité	✧ Situations présentées avec phrase à compléter en utilisant le JE...
	➢ Pouvons-nous parler	✧ Jeu de rôles.
	➢ Trouvez le slogan	✧ Choix d'un slogan parmi une liste présentée et création d'un slogan en groupe.
	➢ Je magazine mes condoms	✧ Activité dans une pharmacie avec évaluation des différents condoms et prise de renseignements auprès du(de la) pharmacien(ne).
#4	➢ La roue de la prévention	✧ Roue indiquant des cartes avec: questions à choix multiple; questions vrai-faux; style « fais-moi un dessin ».
	➢ Le jeu du condom	✧ Jeu avec cartes portant sur les étapes pour une utilisation adéquate du condom.
	➢ Le jeu d'improvisation	✧ Jeu d'improvisation amenant les jeunes à vivre une situation liée au MTS et à l'utilisation du condom.

Questionnai
(t_0) et (t_1)

Annex

HC-003-131-9717

Numéro de la participante : __ __ __
Numéro de la pochette : __ __ __
Statut : __
tuteure : 0 ; amie : 1

Questionnaire initial
(t_0)

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

MOT DE PASSE

DATE : (/ /)
a m j

Pour l'interviewer, à dire à la répondante :

- Il te faudra à peu près 20 minutes pour répondre à ce questionnaire.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. L'important c'est de répondre le plus honnêtement ou franchement possible.
- Sois certaine que tout ce que tu diras sera strictement **confidentiel et anonyme**.

- Est-ce que tu as des questions ?
- Est-ce que tu es prête à commencer ?

À dire à la répondante :

La première partie comporte principalement des questions sur ta vie sexuelle.

D'ABORD PRECISONS UNE NOTION IMPORTANTE

Dans ce questionnaire, « relation sexuelle » signifie :

RELATION SEXUELLE AVEC PÉNÉTRATION VAGINALE, ANALE OU ORALE

- La pénétration **VAGINALE**, *signifie une pénétration du pénis dans le vagin AVEC ou SANS éjaculation.*

- La pénétration **ANALE** , *signifie une pénétration du pénis dans l'anus AVEC ou SANS éjaculation.*

- La pénétration **ORALE**, *signifie une pénétration du pénis dans la bouche AVEC éjaculation dans la bouche. Remarque bien qu'on compte pas les relations orales SANS éjaculation dans la bouche.*

De plus, dans le présent questionnaire, l'abréviation M.T.S. sera utilisée pour désigner toute maladie transmissible sexuellement.

On commence, les questions 1 à 16 rapportent sur ta vie sexuelle des derniers 3 mois, c.a.d. _____.

1. Au cours des 3 derniers mois, as-tu eu des relations sexuelles…?

Relations sexuelles avec:	Non	Oui
a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation)	❑	❑
b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation)	❑	❑
c) pénétration orale (avec éjaculation)	❑	❑

Si a) b) et c) sont tous non, passer à la question 16
Autrement continuer avec la question 2

2. Au cours des 3 derniers mois, as-tu utilisé la pilule contraceptive?

Non ❑
Oui ❑

3. Au cours des 3 derniers mois, combien de partenaires sexuels différents as-tu eus au total?

Inscrire le nombre: _____ partenaires

Pour l'interviewer:

- si la participante a eu seulement un partenaire dans les derniers 3 mois:

Demander les questions pour le Partenaire #1 (questions 4 à 7) et puis passer à la question 16 ;

- si la participante a eu plus d'un partenaire dans les derniers 3 mois:

Demander les questions pour chacune des partenaires des 3 derniers mois (Partenaire #1, #2, etc.). Si la fille a eu plus de 3 partenaires utiliser une feuille additionnelle. Utiliser les initiales des partenaires pour guider les questions. Toutefois, les initiales de partenaires de la participante ne devront pas figurer dans le questionnaire (utiliser une feuille brouillon séparée pour faire tes annotations et détruis-la après avoir fini l'entrevue).

À dire à la répondante qui a eu plus d'un partenaire dans les derniers 3 mois:

Les prochaines questions demandent tes comportements sexuels pour chacun de tes partenaires des derniers 3 mois et ça séparément. D'abord, peux-tu me dire les initiales de chacun de tes partenaires des 3 derniers mois. Cette information ne sera pas inscrite dans ton questionnaire, elle servira plutôt pour t'aider à ne pas mêler les partenaires. Pour commencer, on va parler des relations sexuelles que tu as eu avec ton premier partenaire (rappeler les initiales).

PARTENAIRE #1

4. Au cours des derniers 3 mois, combien de relations sexuelles as-tu eues avec ce partenaire? Si tu ne te souviens pas du chiffre exact, fais une moyenne.

Relations sexuelles avec:

a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) ? _____

b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation) ? _____

c) pénétration orale (avec éjaculation) ? _____

5. Au cours des derniers 3 mois, dans quel pourcentage de tes relations avec ce partenaire as-tu utilisé le condom?

Pour l'interviewer: Si la fille n'a pas un des types de relations mentionnées, cocher l'option NA (non applicable).

Relations sexuelles avec:

a) Pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

b) Pénétration anale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

c) Pénétration orale (avec éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6. Au cours des trois derniers mois, dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire as-tu utilisé la pilule?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

Si égale à 0%, passer à la question 8 ou 16

7. a) Au cours des 3 derniers mois, as-tu déjà utilisé le condom et la pilule en même temps pour protéger tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire?

Non ❑ Inscrire 0% dans la question 7 b) et passer à la question 8

Oui ❑ Passer à la question 7 b)

b) Dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) as-tu utilisé le condom et la pilule en même temps avec ce partenaire?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

À dire à la répondante: Maintenant, on va parler des relations sexuelles que tu as eues avec ton deuxième partenaire (rappeler ses initiales).

PARTENAIRE #2

8. Au cours des derniers 3 mois, combien de relations sexuelles as-tu eues avec ce partenaire? Si tu ne te souviens pas du chiffre exact, fais une moyenne.

Relations sexuelles avec:

a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) ? _____

b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation) ? _____

c) pénétration orale (avec éjaculation) ? _____

9. Au cours des derniers 3 mois, dans quel pourcentage de tes relations avec ce partenaire as-tu utilisé le condom?

Pour l'interviewer: Si la fille n'a pas un des types de relations mentionnées, cocher l'option NA (non applicable).

Relations sexuelles avec:

a) Pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

b) Pénétration anale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

c) Pénétration orale (avec éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10. Au cours des trois derniers mois, dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire as-tu utilisé la pilule?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Si égale à 0%, passer à la question 12 ou 16

11. a) Au cours des 3 derniers mois, as-tu déjà utilisé le condom et la pilule en même temps pour protéger tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire?

Non ❑ Inscrire 0% dans la question 11 b) et passer à la question 12

Oui ❑ Passer à la question 11 b)

b) Dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) as-tu utilisé le condom et la pilule en même temps?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

À dire à la répondante: Maintenant, on va parler des relations sexuelles que tu as eues avec ton troisième partenaire (rappeler ses initiales).

PARTENAIRE #3

12. Au cours des derniers 3 mois, combien de relations sexuelles as-tu eues avec ce partenaire ? Si tu ne te souviens pas du chiffre exact, fais une moyenne.

Relations sexuelles avec:

a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) ? _____

b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation) ? _____

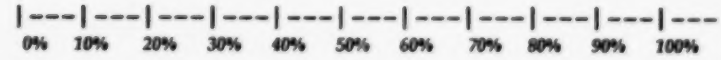
c) pénétration orale (avec éjaculation) ? _____

13. Au cours des derniers 3 mois, dans quel pourcentage de tes relations avec ce partenaire as-tu utilisé le condom?

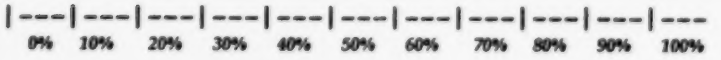
Pour l'interviewer: Si la fille n'a pas un des types de relations mentionnées, cocher l'option NA (non applicable).

Relations sexuelles avec:

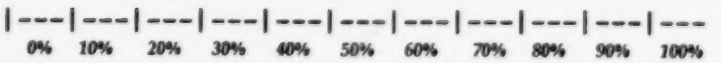
a) Pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) NA ❑



b) Pénétration anale (avec ou sans éjaculation) NA ❑



c) Pénétration orale (avec éjaculation) NA ❑



14. Au cours des trois derniers mois, dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire as-tu utilisé la pilule?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Si égale à 0%, passer à la question 16

15. a) Au cours des 3 derniers mois, as-tu déjà utilisé le condom et la pilule en même temps pour protéger tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire?

Non ❑ Inscrire 0% dans la question 15 b) et passer à la question 16
Oui ❑ Passer à la question 15 b)

b) Dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) as-tu utilisé le condom et la pilule en même temps?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

16. Au cours des 3 derniers mois, combien de fois as-tu rencontré un(e) médecin ou une infirmière?

Médecin de CLSC _____ fois

Médecin d'une clinique privée _____ fois

Infirmière de CLSC _____ fois

Infirmière de l'école _____ fois

Questionnaire de base

À dire à la répondante:
Les questions suivantes portent sur tes relations affectives et tes comportements sexuels depuis le début de ta vie sexuelle, c.a.d. depuis ta première relation sexuelle.

17. As-tu déjà eu une relation sexuelle...?

Relations sexuelles avec:

	Non	Oui
a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation)	❑	❑
b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation)	❑	❑
c) pénétration orale (avec éjaculation)	❑	❑

Si a) b) et c) sont tous non, passer à la question 26
Autrement continuer avec la question 18

18. A quel âge as-tu eu ta première relation sexuelle avec pénétration ? ___ ans

19. Lors de ta première relation sexuelle, ton partenaire et toi, avez-vous utilisé une méthode de protection quelconque?

Non ❑
Oui ❑ Laquelle ou lesquelles _____
_____

20. Incluant ta première relation sexuelle, avec combien de partenaires différents as-tu eus des relations sexuelles avec pénétration?

Inscrire le nombre: _____ partenaires

21. Depuis le début de tes relations sexuelles, dans quel pourcentage de tes relations as-tu utilisé le condom?

Pour l'interviewer: *Si la fille n'a pas un des types de relations mentionnées, cocher l'option NA (non applicable).*

Relations sexuelles avec:

a) Pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

b) Pénétration anale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

c) Pénétration orale (avec éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

22. Depuis le début de tes relations sexuelles, as-tu déjà pris la pilule contraceptive?

Non ❑ Passer à la question 24
Oui ❑ Passer à la question 23

23. Depuis le début de tes relations sexuelles, dans quel pourcentage de tes relations (vaginale, anale et/ou orale) as-tu utilisé la pilule?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

24. a) As-tu déjà été enceinte?

Non ❑ Passer à la question 25
Oui ❑ Passer à la question 24 b)

b) As-tu continué ta grossesse?

Non ❑
Oui ❑

25. As-tu déjà eu des MTS?

Non ❑
Oui ❑ Laquelle ou lesquelles ? _____
_____

26. As-tu, à l'heure actuelle, un ami régulier (chum)?

Non ❑ Passer à la question 28
Oui ❑ Passer à la question 27

27. Depuis combien de temps, sortez-vous ensemble ?

_____ ans_____ mois

28. Qui t'a demandé de participer à ce projet? _____

29. Pour quelle raison avais-tu consulté cette personne?

Raison de consultation: _____

ID : __ __ __

Déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom (T_0)

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

_____

MOT DE PASSE

DATE : (/ /)
a m j

À dire la répondante :

Cette partie du questionnaire comporte principalement des questions sur ta perception envers l'utilisation du condom durant les six prochains mois. Rappelle toi que dans ce questionnaire, « relation sexuelle » signifie : relation sexuelle avec pénétration vaginale, anale ou orale.

Pour chaque question, on te demande de te situer pour les **six** prochains mois. Les questions vont se lire comme suit : « *Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule....* »

1) Tu devras d'abord dire si tu es en désaccord ou en accord avec l'énoncé que je vais te lire.

2) Ensuite tu devras préciser la force de ta réponse, ex. : si tu es en désaccord, tu devras dire si tu es : un peu en désaccord, moyennement en désaccord ou très en désaccord. Si tu es en accord, tu devras dire si tu es: un peu en accord, moyennement en accord ou très en accord

Pour l'interviewer : Si elle hésite, lui offrir « ni en désaccord, ni en accord ».

Voici la première question...

1. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, par principes personnels, tu crois que tu devrais utiliser le condom.

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

2. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, les gens importants pour toi ... :

a) approuveraient que tu utilises le condom

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

b) t'encourageraient à utiliser le condom

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

Voici d'autres questions ... toujours en deux temps ...

3. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, l'utilisation du condom serait pour toi ... :

a) désagréable ou agréable ?

très désagréable	*moyennement désagréable*	*un peu désagréable*	*ni désagréable ni agréable*	*un peu agréable*	*moyennement agréable*	*très agréable*

b) inutile ou utile ?

très inutile	*moyennement inutile*	*un peu inutile*	*ni utile ni inutile*	*un peu utile*	*moyennement utile*	*très utile*

c) irresponsable ou responsable ?

très irresponsable	*moyennement irresponsable*	*un peu irresponsable*	*ni désagréable ni responsable*	*un peu responsable*	*moyennement responsable*	*très responsable*

d) repoussant ou attirant ?

très repoussant	*moyennement repoussant*	*un peu repoussant*	*ni repoussant ni attirant*	*un peu attirant*	*moyennement attirant*	*très attirant*

On continue avec d'autres questions, n'oublies pas la question est : **Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, l'utilisation du condom serait pour toi ... :**

e) déplaisant ou plaisant ?

très déplaisant	*moyennement déplaisant*	*un peu déplaisant*	*ni déplaisant ni plaisant*	*un peu plaisant*	*moyennement plaisant*	*très plaisant*

f) immoral ou moral ?

très immoral	*moyennement immoral*	*un peu immoral*	*ni immoral ni moral*	*un peu moral*	*moyennement moral*	*très moral*

g) irréfléchi ou réfléchi ?

très irréfléchi	*moyennement irréfléchi*	*un peu irréfléchi*	*ni irréfléchi ni réfléchi*	*un peu réfléchi*	*moyennement réfléchi*	*très réfléchi*

h) superflu ou nécessaire

très superflu	*moyennement superflu*	*un peu superflu*	*ni superflu ni nécessaire*	*un peu nécessaire*	*moyennement nécessaire*	*très nécessaire*

i) compliqué ou simple ?

très compliqué	*moyennement compliqué*	*un peu compliqué*	*ni compliqué ni simple*	*un peu simple*	*moyennement simple*	*très simple*

Maintenant, ...

4. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, as-tu l'impression que les gens suivants seraient en désaccord ou en accord avec le fait que tu utilises le condom ? :

a) tes amis de gars

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

b) tes amies de filles

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

c) ton partenaire sexuel

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

d) tes parents ou ton tuteur

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

e) ton médecin

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

5. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, tu crois que l'utilisation du condom ... :

a) te protégerait contre une M.T.S.

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

b) interromprait le déroulement de la relation sexuelle

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

c) diminuerait ton plaisir sexuel

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

d) te procurerait un sentiment de sécurité

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

e) éviterait que tu tombes enceinte

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

f) serait nécessaire même si tu prends la pilule

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

g) te donnerait l'impression que la relation sexuelle est moins naturelle

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

h) serait un signe de non confiance entre ton partenaire sexuel et toi

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

i) serait un signe que tu prends tes responsabilités

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

6. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule :

a) tu aurais l'intention d'utiliser le condom à chaque relation sexuelle :

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

b) le fait que tu utilises le condom à chaque relation sexuelle dépendrait de toi :

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

c) tu serais déterminée à utiliser le condom à chaque relation sexuelle :

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

Pour les prochaines questions, il suffit de dire dans un premier temps si tu trouves chaque situation présentée, davantage difficile ou davantage facile. Par la suite tu devras dire si par exemple cela est: un peu difficile, moyennement difficile ou encore très difficile. La même chose si tu dis que cela est facile, tu devras dire si cela est un peu facile, moyennement facile ou très facile.

7. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, il te serait difficile ou facile ... :

a) d'acheter toi-même des condoms

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

b) de payer le coût des condoms

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

c) de te procurer des condoms quand tu le veux, à différents endroits

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

d) de convaincre ton partenaire sexuel d'utiliser le condom

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

e) d'installer le condom à ton partenaire

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

f) de toujours avoir des condoms à la portée de la main au moment de la relation sexuelle

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

8. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles, que tu prends la pilule et que tu décidais d'utiliser le condom : utiliser le condom à chaque relation sexuelle serait pour toi : difficile ou facile :

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

ID : ____

Questionnaire sur les troubles d'alimentation (T_0)

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

_____

MOT DE PASSE

DATE : (/ /)
a m j

À dire à la répondante :
Cette partie du questionnaire comporte principalement des questions sur tes habitudes alimentaires, ton image corporelle et tes connaissances sur la nutrition. Remarque bien que dans ce questionnaire, diète ou régime signifie : diète basse en calories.

Les questions suivantes concernent tes habitudes alimentaires des 6 derniers mois.

1. Au cours des 6 derniers mois, as-tu sérieusement tenté de perdre ou de contrôler ton poids?

   Oui ❑ Si oui, passer à la question 2
   Non ❑ Si non, passer à la question 3

2. Depuis les 6 derniers mois, combien de fois as-tu essayé de perdre de poids?

Aucune	1 à 3	4 à 6	7 et +	j'ai essayé constamment
❑	❑	❑	❑	❑

3. Au cours des 6 derniers mois, as-tu sérieusement tenté de gagner de poids?

   Oui ❑
   Non ❑

À dire la répondante :
La prochaine question porte sur certains comportements alimentaires. Tu devras dire si tu as très souvent, souvent, quelque fois ou jamais essayé les méthodes énoncées.

4. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence as-tu essayé les méthodes suivantes afin de perdre du poids ou de contrôler ton poids?

		Très souvent	Souvent	Quelque fois	Jamais
a)	Suivre un régime (Nutribar, diète à 1000 calories,diète à la soupe, etc.).	❑	❑	❑	❑
b)	Ne pas manger pendant une journée.	❑	❑	❑	❑

		Très souvent	Souvent	Quelque fois	Jamais
c)	Utiliser des laxatifs (pilules que font aller à la selle).	❑	❑	❑	❑
d)	Utiliser des pilules qui enlèvent l'appétit.	❑	❑	❑	❑
e)	Réduire le sucre, le gras (friandises, chips).	❑	❑	❑	❑
f)	S'entraîner intensivement.	❑	❑	❑	❑
g)	Commencer ou recommencer à fumer.	❑	❑	❑	❑
h)	Sauter des repas (déjeuner, dîner ou souper).	❑	❑	❑	❑
i)	Se faire vomir après avoir mangé.	❑	❑	❑	❑

À dire la répondante :

Les prochaine questions portent sur tes connaissances à propos du poids et de la nutrition. Pour chaque question, réponds par vrai ou faux. Tu peux ne pas connaître la bonne réponse, ce n'est pas grave... tu as seulement à dire « je ne sais pas » !

On commence...

		Vrai	Faux	Je ne sais pas
5.	Lorsqu'on perd du poids rapidement, c'est surtout de l'eau et du muscle que l'on perd.	❑	❑	❑
6.	Il est normal que les femmes aient une proportion de graisse presque deux fois plus élevée que celle des hommes.	❑	❑	❑
7.	Il n'existe pas d'aliments qui font fondre les graisses.	❑	❑	❑

		Vrai	Faux	Je ne sais pas
8.	Il y a un poids-santé pour chaque grandeur.	❑	❑	❑
9.	Le poids-santé est un poids qui correspond à un faible niveau de risque pour la santé.	❑	❑	❑
10.	Les crèmes amincissantes sont un moyen efficace de diminuer la graisse et de combattre la cellulite.	❑	❑	❑

À dire la répondante :

1) Pour les prochaines questions, tu devras d'abord dire si tu es en désaccord ou en accord avec l'énoncé que je vais te lire.

2) Ensuite tu devras préciser la force de ta réponse, ex. : si tu es en désaccord, tu devras dire si tu es : un peu en désaccord, moyennement en désaccord ou très en désaccord. Si tu es en accord, tu devras dire si tu es: un peu en accord, moyennement en accord ou très en accord.

À l'interviewer: Si elle hésite, offrir « ni en désaccord, ni en accord ».

On commence ...

11. Je ne peux m'imaginer me sentir "trop mince".

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

12. Je ne serai vraiment pas satisfaite de moi-même tant que je ne serai pas plus mince.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

13. Je préfère me faire dire que j'ai l'air en bonne santé plutôt que je parais mince.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

14. Je suis certaine que je gagnerais du poids si je ne faisais pas attention.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

15. Je suis contente de mon poids actuel.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

16. Quand je me regarde dans le miroir, je me sens déprimée.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

17. Je me sens souvent grosse.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

18. Si, par magie, je pouvais changer quelque chose de ma personne, je changerais mon poids.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

19. De façon générale, te perçois-tu comme quelqu'un qui :

a) agit en leader dans un groupe ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

b) impose ses opinions ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

c) est compréhensive ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

d) est ouverte aux besoins des autres ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

e) s'adapte facilement ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

f) prend position ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

g) être sûre de soi ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

h) a une influence positive sur les autres de ta gang ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

i) prend des risques dans la vie en général (sports, études, loisirs, etc.) ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

À dire à la répondante:
Les dernières questions sont reliées à ton contexte de vie personnelle.

20. Quel âge as-tu? _____ ans

21. Où sont nés tes parents?

a) ton père : _____
(province, pays)

b) ta mère : _____
(province, pays)

22. a) Tes parents sont-ils encore vivants?

père		mère	
oui	non	oui	non
❑	❑	❑	❑

b) Quel niveau de scolarité ont-ils complété?

	père	mère
primaire	❑	❑
secondaire	❑	❑
collégiale	❑	❑
universitaire	❑	❑
je ne sais pas	❑	❑

23. Actuellement es-tu étudiante?

Oui ❑ À quelle école vas-tu? _____

En quelle année es-tu? _____

Non ❑ À quel niveau as-tu arrêté tes études? _____

As-tu terminé ce niveau? _____

Tu as donc complété _____ années de scolarité.

24. Actuellement, demeures-tu :

- Avec ton père et ta mère ❑
- la majorité du temps, chez ta mère ❑
- la majorité du temps, chez ton père ❑
- autant chez ton père que chez ta mère ❑
- avec ton ami régulier (chum) ❑
- avec un (e) ou des amis (es) ❑
- famille d'accueil ❑
- autre _____ ❑
  précisez-le

25. Quelles sont les sources de revenu chez toi?

Pour l'interviewer : Cochez NA si la pesrsonne ne contribue pas financièrement dans le ménage.

	père	mère	toi-même	ami (chum)
travail	❑	❑	❑	❑
chômage	❑	❑	❑	❑
B.E.S.	❑	❑	❑	❑
aucune	❑	❑	❑	❑
non applicable	❑	❑	❑	❑
je ne sais pas	❑	❑	❑	❑

26. Dans quelle municipalité demeures-tu la majorité du temps?

_____

C'est maintenant terminé, merci beaucoup de ta participation!

HC-003-131-9717

Numéro de la participante : __ __ __

Numéro de la pochette : __ __ __

Statut : __

tuteure : 0 ; amie : 1

Questionnaire final
(T_1)

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

MOT DE PASSE

DATE : (/ /)
a m j

Pour l'interviewer:

- Il te faudra à peu près 20 minutes pour répondre à ce questionnaire.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. L'important c'est de répondre le plus honnêtement ou franchement possible.
- Sois certaine que tout ce que tu diras sera strictement **confidentiel et anonyme.**
- D'abord je voudrais te demander quelques questions sur la grille d'activité sexuelle *qui t'a été envoyée par la poste (tuteure)/que ton amie t'a donnée (amie)* il y a approximativement trois mois.

a) As-tu rempli la grille?

Non ❑ Passer à la question b)
Oui ❑ Passer à la question c)

b) Pourquoi tu ne l'a pas remplie ?

J'ai jamais reçu la grille ❑
J'ai perdu la grille ❑
Pas intéressé à la remplir ❑
Pas eu de relations sexuelles depuis que j'ai reçu la grille ❑
Autres ❑ Spécifier : _____

Pour l'interviewer: Passer à la prochaine page, au texte indiqué par l'étoile ✸.

c) As-tu inscrit dans la grille toute les relations sexuelles que tu as eues depuis que tu l'as reçue?

Non ❑
Oui ❑

d) Peux-tu aller la chercher?

Non ❑ Grille pas disponible pendant l'entrevue. Passer au texte indiqué par l'étoile ✸
Oui ❑ Grille utilisée pendant l'entrevue.

À dire à la répondante :

- Sers-toi de la grille pour répondre aux questions qui suivent. Après l'entrevue il faut que tu nous la postes avec l'enveloppe pré-affranchie que nous t'avons donnée. As-tu encore cette enveloppe? *(si la participante n'a pas l'enveloppe, donner les coordonnées de la santé publique).*

Manon Blackburn
5245, boul. Cousineau, bureau 3000
St-Hubert, Québec J3Y 6J8

- Est-ce que tu as des questions ?
- Est-ce que tu es prête à commencer ?

À dire à la répondante :

La première partie comporte principalement des questions sur ta vie sexuelle.

D'ABORD PRÉCISONS UNE NOTION IMPORTANTE

Dans ce questionnaire, « relation sexuelle » signifie :

RELATION SEXUELLE AVEC PÉNÉTRATION VAGINALE, ANALE OU ORALE

- *La pénétration* **VAGINALE**, *signifie une pénétration du pénis dans le vagin <u>AVEC</u> ou <u>SANS</u> éjaculation.*

- La pénétration ANALE , signifie une pénétration du pénis dans l'anus AVEC ou SANS éjaculation.

- La pénétration ORALE, signifie une pénétration du pénis dans la bouche AVEC éjaculation dans la bouche. Remarque bien qu'on compte pas les relations orales SANS éjaculation dans la bouche.

De plus, dans le présent questionnaire, l'abréviation M.T.S. sera utilisée pour désigner toute maladie transmissible sexuellement.

On commence, les premières questions se rapportent sur ta vie sexuelle des derniers 3 mois, c.a.d. _____.

1. Au cours des 3 derniers mois, as-tu eu des relations sexuelles avec...?

Relations sexuelles avec:	Non	Oui
a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation)	❑	❑
b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation)	❑	❑
c) pénétration orale (avec éjaculation)	❑	❑

Si a) b) et c) sont tous non, passer à la question 16
Autrement continuer avec la question 2

2. Au cours des 3 derniers mois, as-tu utilisé la pilule contraceptive?

Non ❑
Oui ❑

3. Au cours des 3 derniers mois, combien de partenaires sexuels différents as-tu eus au total?

Inscrire le nombre: _____ partenaires

Pour l'interviewer:

- si la participante a eu seulement un partenaire dans les derniers 3 mois:

Demander les questions pour le Partenaire #1 (questions 4 à 7.3) et puis passer à la question 16 ;

- si la participante a eu plus d'un partenaire dans les derniers 3 mois:

Demander les questions pour chacun des partenaires des 3 derniers mois (Partenaire #1, #2, etc.). Si la fille a eu plus de 3 partenaires utiliser une feuille additionnelle. Utiliser les initiales des partenaires pour guider les questions. Toutefois, les initiales de partenaires de la participante ne devront pas figurer dans le questionnaire (utiliser une feuille brouillon séparée pour faire tes annotations et la détruir après avoir fini l'entrevue).

À dire à la répondante qui a eu plus d'un partenaire dans les derniers 3 mois:

Les prochaines questions demandent tes comportements sexuels pour chacun de tes partenaires des derniers 3 mois et ça séparément. D'abord, peux-tu me dire les initiales de chacun de tes partenaires des 3 derniers mois. Cette information ne sera pas inscrite dans ton questionnaire, elle servira plutôt pour t'aider à ne pas mêler les partenaires. Pour commencer, on va parler des relations sexuelles que tu as eu avec ton premier partenaire.

PARTENAIRE #1

4. Au cours des derniers 3 mois, combien de relations sexuelles as-tu eues avec ce partenaire? Si tu ne te souviens pas du chiffre exact, fais une moyenne.

Relations sexuelles avec:

a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) ? _____

b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation) ? _____

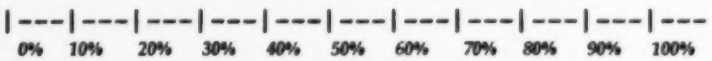
c) pénétration orale (avec éjaculation) ? _____

5. Au cours des derniers 3 mois, dans quel pourcentage de tes relations avec ce partenaire as-tu utilisé le condom?

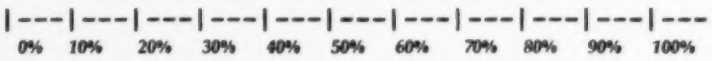
Pour l'interviewer: Si la fille n'a pas un des types de relations mentionnées, cocher l'option NA (non applicable).

Relations sexuelles avec:

a) Pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) NA ❑



b) Pénétration anale (avec ou sans éjaculation) NA ❑



c) Pénétration orale (avec éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6. Au cours des trois derniers mois, dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire as-tu utilisé la pilule?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Si égale à 0%, passer à la question 8 ou 16

7. a) Au cours des 3 derniers mois, as-tu déjà utilisé le condom et la pilule en même temps pour protéger tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire?

Non ❑ Inscrire 0% dans la question 7 b) et passer à la question 7.1

Oui ❑ Passer à la question 7 b)

b) Dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) as-tu utilisé le condom et la pilule en même temps avec ce partenaire?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

7.1 Quand as-tu eu ta première relation sexuelle (avec pénétration vaginale, pénétration anale ou pénétration orale avec éjaculation dans la bouche) avec ce partenaire ?

Inscrire le nombre de : années _____ mois _____ semaines _____

À dire à la répondante: Maintenant, on va parler des relations sexuelles que tu as eues dans les 3 derniers mois avec ton deuxième partenaire (rappeler ses initiales).

PARTENAIRE #2

8. Au cours des derniers 3 mois, combien de relations sexuelles as-tu eues avec ce partenaire? Si tu ne te souviens pas du chiffre exact, fais une moyenne.

Relations sexuelles avec:

a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) ? _____

b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation) ? _____

c) pénétration orale (avec éjaculation) ? _____

9. Au cours des derniers 3 mois, dans quel pourcentage de tes relations avec ce partenaire as-tu utilisé le condom?

Pour l'interviewer: Si la fille n'a pas un des types de relations mentionnées, cocher l'option NA (non applicable).

Relations sexuelles avec:

a) Pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

b) Pénétration anale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

c) Pénétration orale (avec éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10. Au cours des trois derniers mois, dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire as-tu utilisé la pilule?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Si égale à 0%, passer à la question 12 ou 16

11. a) Au cours des 3 derniers mois, as-tu déjà utilisé le condom et la pilule en même temps pour protéger tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire?

Non ❑ Inscrire 0% dans la question 11 b) et passer à la question 11.1

Oui ❑ Passer à la question 11 b)

b) Dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) as-tu utilisé le condom et la pilule en même temps?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

11.1 Quand as-tu eu ta première relation sexuelle (avec pénétration vaginale, pénétration anale ou pénétration orale avec éjaculation dans la bouche) avec ce partenaire ?

Inscrire le nombre de : années _____ mois _____ semaines _____ _____

À dire à la répondante: Maintenant, on va parler des relations sexuelles que tu as eues dans les trois derniers mois avec ton troisième partenaire (rappeler ses initiales).

PARTENAIRE #3

12. Au cours des derniers 3 mois, combien de relations sexuelles as-tu eues avec ce partenaire ? Si tu ne te souviens pas du chiffre exact, fais une moyenne.

Relations sexuelles avec:

a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) ? _____

b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation) ? _____

c) pénétration orale (avec éjaculation) ? _____

13. Au cours des derniers 3 mois, dans quel pourcentage de tes relations avec ce partenaire as-tu utilisé le condom?

Pour l'interviewer: Si la fille n'a pas un des types de relations mentionnées, cocher l'option NA (non applicable).

Relations sexuelles avec:

a) Pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

b) Pénétration anale (avec ou sans éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

c) Pénétration orale (avec éjaculation) NA ❑

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

14. Au cours des trois derniers mois, dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire as-tu utilisé la pilule?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Si égale à 0%, passer à la question 15.1

15. a) Au cours des 3 derniers mois, as-tu déjà utilisé le condom et la pilule en même temps pour protéger tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) avec ce partenaire?

Non ❑ Inscrire 0% dans la question 15 b) et passer à la question 15.1
Oui ❑ Passer à la question 15 b)

b) Dans quel pourcentage de tes relations sexuelles (vaginale, anale ou orale) as-tu utilisé le condom et la pilule en même temps?

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

15.1 Quand as-tu eu ta première relation sexuelle (avec pénétration vaginale, pénétration anale ou pénétration orale avec éjaculation dans la bouche) avec ce partenaire ?

Inscrire le nombre de : années _____ mois _____ semaines _____ _____

16. Au cours des 3 derniers mois, combien de fois as-tu rencontré un(e) médecin ou une infirmière?

Médecin de CLSC	_____	fois
Médecin d'une clinique privée	_____	fois
Infirmière de CLSC	_____	fois
Infirmière de l'école	_____	fois

17. As-tu, à l'heure actuelle, un ami régulier (chum)?

Non ❑ Passer à la question 30
Oui ❑ Passer à la question 27

18. Depuis combien de temps sortez-vous ensemble ?

Inscrire le nombre de : années _____ mois _____ semaines _____
_____

19. a) Au cours des derniers 6 mois, es-tu tombé enceinte?

Non ❑ Passer à la question 31
Oui ❑ Passer à la question 30 b)

b) As-tu continué ta grossesse?

Non ❑
Oui ❑

20. Au cours des derniers 6 mois, as-tu eu des MTS?

Non ❑
Oui ❑ Laquelle ou lesquelles ?_____

À l'interviewer:
Les questions suivantes s'adressent seulement aux filles qui auront débuté leur vie sexuelle après avoir passé le premier questionnaire à $t_{(0)}$ et portent sur leurs relations sexuelles depuis le début de leur vie sexuelle, c.a.d. depuis leur première relation sexuelle.

À dire à la répondante:
Lors du premier questionnaire, tu avais indiqué que tu n'avais pas eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale, anale ou orale. Depuis ce temps-là, ... ?

21. As-tu déjà eu une relation sexuelle avec...?

Relations sexuelles avec:

	Non	Oui
a) pénétration vaginale (avec ou sans éjaculation)	❑	❑
b) pénétration anale (avec ou sans éjaculation)	❑	❑
c) pénétration orale (avec éjaculation)	❑	❑

Si a) b) et c) sont tous non, passer au prochaine questionnaire
Autrement continuer avec la question 33

22. Lors de ta première relation sexuelle, ton partenaire et toi, avez-vous utilisé une méthode de protection quelconque?

Non ❑
Oui ❑

Laquelle ou lesquelles ?
Condom ❑
Pilule ❑
Pilule et condom ❑
Autre ❑: _____

ID : ____

Déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom (T_1)

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

_____

MOT DE PASSE

DATE : (/ /)
a m j

À dire la répondante :

Cette partie du questionnaire comporte principalement des questions sur ta perception envers l'utilisation du condom durant les six prochains mois. Rappelle toi que dans ce questionnaire, « relation sexuelle » signifie : relation sexuelle avec pénétration vaginale, anale ou orale.

Pour chaque question, on te demande de te situer pour les **six** prochains mois. Les questions vont se lire comme suit : « *Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule....* »

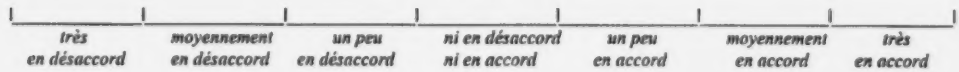
1) Tu devras d'abord dire si tu es en désaccord ou en accord avec l'énoncé que je vais te lire.

2) Ensuite tu devras préciser la force de ta réponse, ex. : si tu es en désaccord, tu devras dire si tu es : un peu en désaccord, moyennement en désaccord ou très en désaccord. Si tu es en accord, tu devras dire si tu es: un peu en accord, moyennement en accord ou très en accord

Pour l'interviewer : Si elle hésite, lui offrir « ni en désaccord, ni en accord ».

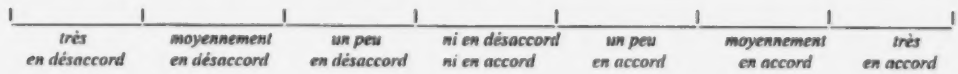
Voici la première question...

1. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, par principes personnels, tu crois que tu devrais utiliser le condom.

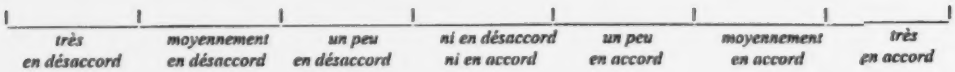


2. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, les gens importants pour toi ... :

a) approuveraient que tu utilises le condom



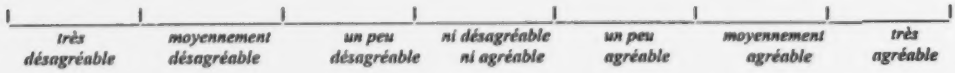
b) t'encourageraient à utiliser le condom



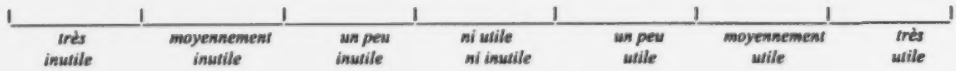
Voici d'autres questions ... toujours en deux temps ...

3. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, l'utilisation du condom serait pour toi ... :

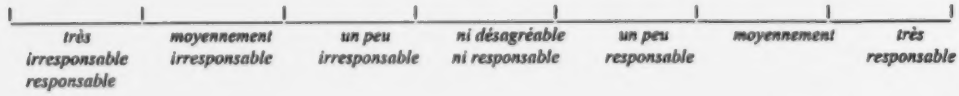
a) désagréable ou agréable ?



b) inutile ou utile ?



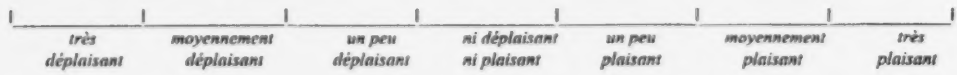
c) irresponsable ou responsable ?



d) repoussante ou attirante ?

On continue avec d'autres questions, n'oublie pas la question est : **Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, l'utilisation du condom serait pour toi ... :**

e) déplaisante ou plaisante ?



f) immorale ou morale ?

très immoral	moyennement immoral	un peu immoral	ni immoral ni moral	un peu moral	moyennement moral	très moral

g) irréfléchie ou réfléchie ?

très irréfléchi	moyennement irréfléchi	un peu irréfléchi	ni irréfléchi ni réfléchi	un peu réfléchi	moyennement réfléchi	très réfléchi

h) superflue ou nécessaire

très superflu	moyennement superflu	un peu superflu	ni superflu ni nécessaire	un peu nécessaire	moyennement nécessaire	très nécessaire

i) compliquée ou simple ?

très compliqué	moyennement compliqué	un peu compliqué	ni compliqué ni simple	un peu simple	moyennement simple	très simple

Maintenant, ...

4. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, as-tu l'impression que les gens suivants seraient en désaccord ou en accord avec le fait que tu utilises le condom ? :

a) tes amis de gars

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

b) tes amies de filles

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

c) ton partenaire sexuel

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

d) tes parents ou ton tuteur

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

e) ton médecin

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

5. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, tu crois que l'utilisation du condom :

a) te protégerait contre une M.T.S.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

b) interromprait le déroulement de la relation sexuelle

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

c) diminuerait ton plaisir sexuel

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

d) te procurerait un sentiment de sécurité

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

e) éviterait que tu tombes enceinte

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

f) serait nécessaire même si tu prends la pilule

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

g) te donnerait l'impression que la relation sexuelle est moins naturelle

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

h) serait un signe de non confiance entre ton partenaire sexuel et toi

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

i) serait un signe que tu prends tes responsabilités

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

6. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule :

a) tu aurais l'intention d'utiliser le condom à chaque relation sexuelle :

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

b) le fait que tu utilises le condom à chaque relation sexuelle dépendrait de toi :

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

c) tu serais déterminée à utiliser le condom à chaque relation sexuelle :

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

Pour les prochaines questions, il suffit de dire dans un premier temps si tu trouves chaque situation présentée, davantage difficile ou davantage facile. Par la suite tu devras dire si par exemple cela est: un peu difficile, moyennement difficile ou encore très difficile. La même chose si tu dis que cela est facile, tu devras dire si cela est un peu facile, moyennement facile ou très facile.

7. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, il te serait difficile ou facile ... :

a) d'acheter toi-même des condoms

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

b) de payer le coût des condoms

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

c) de te procurer des condoms quand tu le veux, à différents endroits

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

d) de convaincre ton partenaire sexuel d'utiliser le condom

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

e) d'installer le condom à ton partenaire

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

f) de toujours avoir des condoms à la portée de la main au moment de la relation sexuelle

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

8. Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles, que tu prends la pilule et que tu décidais d'utiliser le condom : utiliser le condom à chaque relation sexuelle serait pour toi : difficile ou facile :

très difficile	moyennement difficile	un peu difficile	ni difficile ni facile	un peu facile	moyennement facile	très facile

ID : _ _ _

Questionnaire sur les troubles d'alimentation (T_1)

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

_____

MOT DE PASSE

DATE : (/ /)
a m j

À dire à la répondante :
Cette partie du questionnaire comporte principalement des questions sur tes habitudes alimentaires, ton image corporelle et tes connaissances sur la nutrition. Remarque bien que dans ce questionnaire, diète ou régime signifie : diète basse en calories.

Les questions suivantes concernent tes habitudes alimentaires des 6 derniers mois.

1. Au cours des 6 derniers mois, as-tu sérieusement tenté de perdre ou de contrôler ton poids?

Oui ❑ Si oui, passer à la question 2
Non ❑ Si non, passer à la question 3

2. Depuis les 6 derniers mois, combien de fois as-tu essayé de perdre de poids?

Aucune	1 à 3	4 à 6	7 et +	j'ai essayé constamment
❑	❑	❑	❑	❑

3. Au cours des 6 derniers mois, as-tu sérieusement tenté de gagner de poids?

Oui ❑
Non ❑

À dire la répondante :
La prochaine question porte sur certains comportements alimentaires. Tu devras dire si tu as très souvent, souvent, quelque fois ou jamais essayé les méthodes énoncées.

4. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence as-tu essayé les méthodes suivantes afin de perdre du poids ou de contrôler ton poids?

	Très souvent	Souvent	Quelque fois	Jamais
a) Suivre un régime (Nutribar, diète à 1000 calories,diète à la soupe, etc.).	❑	❑	❑	❑

b)	Ne pas manger pendant une journée.	❑	❑	❑	❑
c)	Utiliser des laxatifs (pilules que font aller à la selle).	❑	❑	❑	❑
d)	Utiliser des pilules qui enlèvent l'appétit.	❑	❑	❑	❑
e)	Réduire le sucre, le gras (friandises, chips).	❑	❑	❑	❑
f)	S'entraîner intensivement.	❑	❑	❑	❑
g)	Commencer ou recommencer à fumer.	❑	❑	❑	❑
h)	Sauter des repas (déjeuner, dîner ou souper).	❑	❑	❑	❑
i)	Se faire vomir après avoir mangé.	❑	❑	❑	❑

À dire la répondante :

Les prochaine questions portent sur tes connaissances à propos du poids et de la nutrition. Pour chaque question, réponds par vrai ou faux. Tu peux ne pas connaître la bonne réponse, ce n'est pas grave... tu as seulement à dire « je ne sais pas » !

On commence...

		Vrai	Faux	Je ne sais pas
5.	Lorsqu'on perd du poids rapidement, c'est surtout de l'eau et du muscle que l'on perd.	❑	❑	❑
6.	Il est normal que les femmes aient une proportion de graisse presque deux fois plus élevée que celle des	❑	❑	❑

		Vrai	Faux	Je ne sais pas
	hommes.			
7.	Il n'existe pas d'aliments qui font fondre les graisses.	❑	❑	❑
8.	Il y a un poids-santé pour chaque grandeur.	❑	❑	❑
9.	Le poids-santé est un poids qui correspond à un faible niveau de risque pour la santé.	❑	❑	❑
10.	Les crèmes amincissantes sont un moyen efficace de diminuer la graisse et de combattre la cellulite.	❑	❑	❑

À dire la répondante :

1) Pour les prochaines questions, tu devras d'abord dire si tu es en désaccord ou en accord avec l'énoncé que je vais te lire.

2) Ensuite tu devras préciser la force de ta réponse, ex. : si tu es en désaccord, tu devras dire si tu es : un peu en désaccord, moyennement en désaccord ou très en désaccord. Si tu es en accord, tu devras dire si tu es: un peu en accord, moyennement en accord ou très en accord.

À l'interviewer: Si elle hésite, offrir « ni en désaccord, ni en accord ».

On commence ...

11. Je ne peux m'imaginer me sentir "trop mince".

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

12. Je ne serai vraiment pas satisfaite de moi-même tant que je ne serai pas plus mince.

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

13. Je préfère me faire dire que j'ai l'air en bonne santé plutôt que je parais mince.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

14. Je suis certaine que je gagnerais du poids si je ne faisais pas attention.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

15. Je suis contente de mon poids actuel.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

16. Quand je me regarde dans le miroir, je me sens déprimée.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

17. Je me sens souvent grosse.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

18. Si, par magie, je pouvais changer quelque chose de ma personne, je changerais mon poids.

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

19. De façon générale, te perçois-tu comme quelqu'un qui :

a) agit en leader dans un groupe ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

b) impose ses opinions ?

très en désaccord	moyennement en désaccord	un peu en désaccord	ni en désaccord ni en accord	un peu en accord	moyennement en accord	très en accord

c) est compréhensive ?

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

d) est ouverte aux besoins des autres ?

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

e) s'adapte facilement ?

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

f) prend position ?

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

g) être sûre de soi ?

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

h) a une influence positive sur les autres de ta gang ?

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

i) prend des risques dans la vie en général (sports, études, loisirs, etc.) ?

très en désaccord	*moyennement en désaccord*	*un peu en désaccord*	*ni en désaccord ni en accord*	*un peu en accord*	*moyennement en accord*	*très en accord*

ID : _ _ _

Questionnaire sur le déroulement du projet (T_1)

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

MOT DE PASSE

DATE : (/ /)
a m j

À dire à la répondante :
Les dernières questions sont reliées au déroulement du projet.
À l'interviewer :
Regarde le numéro de pochette de la participante et, ensuite, vérifie si s'agit d'une tuteure ou une amie et suis les indications.

Si Numéro de Pochettes 0-499

1. a) Nous voudrions savoir combien de pochettes as-tu fais au total *(pour les tuteures et les amies).*

As-tu fait la pochette...?:

	Non	Oui	
Pochette # 1	❑	❑	
Pochette # 2	❑	❑	
Pochette # 3	❑	❑	
Pochette # 4	❑	❑	Si non, passer à la question b) *(pour les tuteures seulement)*

b) As-tu reçu par la poste la pochette # 4 ? *(pour les tuteures seulement)*

Non ❑
Oui ❑

Si Numéro de Pochettes 500-999

2. a) Nous voudrions savoir combien de pochettes as-tu fais au total *(pour les tuteures et les amies).*

As-tu fait la pochette...?:

	Non	Oui	
Pochette # 1	❑	❑	
Pochette # 2	❑	❑	Si non, passer à la question 1 b) *(pour les tuteures seulement)*

b) As-tu reçu par la poste la pochette # 2 ? *(pour les tuteures seulement)*

Non ❑
Oui ❑

3. a) Durant le projet, as-tu changé d'amies pour faire les activités? *(pour les tuteures seulement)*

Non ❑ Passer à la question 3
Oui ❑ Passer à la question 2 b)

b) Au total, combien d'amies différentes ont participé au projet avec toi? (ne te compte pas)

_____ amies

4. À part de tes amies, as-tu eu besoin de discuter avec quelqu'un(e) de tes expériences ou de tes questions pendant ta participation au projet?

Non ❑ Passer à la question 5
Oui ❑ Passer à la question 4

5. À part de tes amies, as-tu pu parler avec quelqu'un de tes expériences ou de tes questions ?

Non ❑
Oui ❑ Si oui, avec qui? _____

_____

6. Aimerais-tu parler à un professionnel de la santé pour discuter des expériences que tu as vécues lors de ce projet ?

Non ❑
Oui ❑ Si oui, à qui? _____

_____

7. Nous aimerions beaucoup connaître tes impressions concernant le projet. As-tu des commentaires que tu aimerais partager avec nous?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

C'est maintenant terminé,
toute l'équipe de recherche te remercie beaucoup de ta participation.
Tel que prévu, la tuteure recevra les cadeaux par la poste une fois que tous les membres de ton équipe auront fini des répondre au dernier questionnaire

8. As-tu des questions?

_____

_____

_____

Merci encore !

Grille d'activ
sexuelles

Annex

Grille d'activités

S.V.P .Si tu as des relations sexuelles, inscris tous les renseignements sur chacune d'elle le plus tôt possible après, et continue de remplir la grille jusqu'à notre dernier appel dans environ 3 mois pour le deuxième questionnaire.

Relation sexuelle	Date j / m / a	Initiales de ton ami	Relation sexuelle avec pénétration			Condom utilisé	
			Vaginale (avec ou sans éjaculation)	Anale (avec ou sans éjaculation)	Orale (avec éjaculation)	Oui	Non
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Commentaires : _____

_____

No de la pochette

_____

Mot de passe

OU

(SI TU NE TE SOUVIENS PAS DU MOT DE PASSE)

Tes initiales

[__ __]

ET ÇA CONTINUE AU VERSO ...

Relation sexuelle	Date j / m / a	Initiales de ton ami	Relation sexuelle avec pénétration			Condom utilisé	
			Vaginale (avec ou sans éjaculation)	Anale (avec ou sans éjaculation)	Orale (avec éjaculation)	Oui	Non
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							

N.B. Si tu manques d'espace, continue sur une feuille à part ou téléphone-nous pour avoir une cop supplémentaire.

Commentaires : _____

_____

N'oublie pas, si tu as besoin,

M. B. au 928-6777
ou, si interurbain, au 1-888-xxx

Qualités docimologiqu des instrument mesure

Anne

Tableau A6.1
Les qualités docimologiques de l'échelle d'attitude vis-à-vis l'utilisation du condom (t_0) *(mesure directe)*

Enoncés		Facteur 1 : tolérable Saturation	Facteur 2 : nécessaire Saturation
Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, l'utilisation du condom serait pour toi...			
• déplaisant ou plaisant?		0,87	
• repoussant ou attirant?		0,80	
• désagréable ou agréable?		0,76	
• irréfléchi ou réfléchi?			0,66
• immoral ou moral?			0,66
• inutile ou utile?			0,64
• superflu ou nécessaire?			0,60
• irresponsable ou responsable?			0,47
Consistance interne	0,83 (totale)	$\alpha = 0,87$	$\alpha = 0,75$
% de variation expliquée	53,28 (totale)	40,99	12,29

Tableau A6.2
Les qualités docimologiques de l'échelle d'attitude vis-à-vis l'utilisation du condom (t_0) *(mesure indirecte)*

Enoncés	Facteur 1 : positive Saturation	Facteur 2 : négative Saturation
Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, tu crois que l'utilisation du condom...		
• te procurerait un sentiment de sécurité	0,80	
• serait nécessaire même si tu prends la pilule	0,59	
• éviterait que tu tombes enceinte	0,57	
• serait un signe que tu prends tes responsabilités	0,54	
• te protégerait contre une M.T.S.	0,51	
• diminuerait ton plaisir sexuel		0,82
• te donnerait l'impression que la relation sexuelle est moins naturelle		0,69
• interromprait le déroulement de la relation sexuelle		0,59
Consistance interne *0,73* (totale)	$\alpha = 0,72$	$\alpha = 0,75$
% de variation expliquée *44,17* (totale)	31,07	13,09

Tableau A6.3
Les qualités docimologiques de l'échelle de perception de contrôle comportemental vis-à-vis l'utilisation du condom (t_0) *(mesure indirecte)*

Enoncés	Facteur Saturation
Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, il te serait difficile ou facile...	
• de te procurer des condoms quand tu le veux, à différents endroits	0,65
• d'acheter toi-même des condoms	0,60
• de payer le coût des condoms	0,44
• d'installer le condom à ton partenaire	0,44
• de toujours avoir des condoms à la portée de la main au moment de la relation sexuelle	0,33
Consistance interne	$\alpha = 0,62$
% de variation expliquée	25,72

Tableau A6.4
Les qualités docimologiques de l'échelle de normes subjectives vis-à-vis l'utilisation du condom (t_0)
(mesure indirecte)

Enoncés	Facteur 1 : pairs Saturation	Facteur 2 : figures d'autorité Saturation
Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, as-tu l'impression que les gens suivants seraient en désaccord ou en accord avec le fait que tu utilises le condom?...		
• ton partenaire sexuel	0,65	
• tes amis de gars	0,61	
• tes amies de filles	0,59	
• ton médecin		0,66
• tes parents ou ton tuteur		0,60
Consistance interne *0,58* (totale)	$\alpha = 0,63$	$\alpha = 0,40$
% de variation expliquée *42,47* (totale)	30,25	12,22

Tableau A6.5
Les qualités docimologiques de l'échelle d'attitude vis-à-vis l'utilisation du condom (t_1) *(mesure directe)*

Enoncés	Facteur 1 : tolérable Saturation	Facteur 2 : nécessaire Saturation
Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, l'utilisation du condom serait pour toi...		
• déplaisant ou plaisant?	0,88	
• repoussant ou attirant?	0,83	
• désagréable ou agréable?	0,77	
• inutile ou utile?		0,70
• superflu ou nécessaire?		0,67
• irréfléchi ou réfléchi?		0,64
• irresponsable ou responsable?		0,62
• immoral ou moral?		0,53
Consistance interne *0,86* (totale)	$\alpha = 0,90$	$\alpha = 0,77$
% de variation expliquée *57,98* (totale)	47,15	10,83

Tableau A6.6
Les qualités docimologiques de l'échelle d'attitude vis-à-vis l'utilisation du condom (t_1) *(mesure indirecte)*

Enoncés	Facteur 1 : positive Saturation	Facteur 2 : négative Saturation
Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, tu crois que l'utilisation du condom...		
• te procurerait un sentiment de sécurité	0,82	
• serait nécessaire même si tu prends la pilule	0,71	
• éviterait que tu tombes enceinte	0,66	
• serait un signe que tu prends tes responsabilités	0,62	
• te protégerait contre une M.T.S.	0,55	
• diminuerait ton plaisir sexuel		0,82
• te donnerait l'impression que la relation sexuelle est moins naturelle		0,73
• interromprait le déroulement de la relation sexuelle		0,65
Consistance interne *0,79* (totale)	$\alpha = 0,80$	$\alpha = 0,79$
% de variation expliquée *51,44* (totale)	37,06	14,38

Tableau A6.7
Les qualités docimologiques de l'échelle de perception de contrôle comportemental vis-à-vis l'utilisation du condom (t_1) *(mesure indirecte)*

Enoncés	Facteur Saturation
Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, il te serait difficile ou facile...	
• de te procurer des condoms quand tu le veux, à différents endroits	0,74
• d'acheter toi-même des condoms	0,58
• de payer le coût des condoms	0,55
• de toujours avoir des condoms à la portée de la main au moment de la relation sexuelle	0,37
• d'installer le condom à ton partenaire	0,29
Consistance interne	$\alpha = 0,62$
% de variation expliquée	27,84

Tableau A6.8
Les qualités docimologiques de l'échelle de normes subjectives vis-à-vis l'utilisation du condom (t_1)
(mesure indirecte)

Enoncés		**Facteur 1 : pairs Saturation**	**Facteur 2 : figures d'autorité Saturation**
Au cours des six prochains mois, si tu as des relations sexuelles et que tu prends la pilule, as-tu l'impression que les gens suivants seraient en désaccord ou en accord avec le fait que tu utilises le condom?...			
• tes amis de gars		0,92	
• tes amies de filles		0,64	
• ton partenaire sexuel		0,53	
• tes parents ou ton tuteur			0,79
• ton médecin			0,75
Consistance interne	*0,73* (totale)	$\alpha = 0,74$	$\alpha = 0,62$
% de variation expliquée	*56,49* (totale)	43,63	15,86

Bibliographie

ABRAHAM, C. et P. SHEERAN. « Modeling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behavior : a review of theories, findings and educational implications », *Patient Education and Counselling*, 23, 1994, p. 173-186.

AJZEN, I. « From intentions to actions : a theory of planned behavior », dans Kuhl, J., Beckman, J. (Éds), *Action-control : from cognition to behavior*, 1985 p. 11-39.

ALLEN, M.J. et W.M. YEN. *Introduction to Measurement Theory*, California : Brooks/Cole Publishing Company, Monterey, 1979, 310 p.

APPLEGATE, M. « AIDS education for adolescents : a review of the literature », *Journal of HIV/AIDS : Prevention & Education for Adolescents & Children*, 1998, 2 (1), p. 5-29.

BAGNALL, G., M. PLANT et W. WARWICK. « Alcohol, drugs and AIDS related risk : results from a prospective study », *AIDS-care*, 2 (4), 1990, p. 309-317.

BANDURA, A. « Self-efficacy : toward an unifying theory of behavioral change », *Psychological review*, 84, 1977, p. 191-215.

BANDURA, A. « Self-efficacy mechanism in human agency »,*American Psychologist*, 37 (2), 1982, p. 122-147.

BEAULIEU, D., R. BRADET et G. GODIN. « Étude de l'importance des obstacles à l'achat du condom », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 85 (4), 1994, p. 231-233.

BELLEROSE C., et M. GUAY. *MTS-sida : quels risques pour nos jeunes?*, St-Jean sur le Richelieu : USP de l'Hôpital du Haut-Richelieu, 1993, 45 p.

BELLINGHAM, K. et P. GILLIES. « Evaluation of an AIDS education program for young adults », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 1993, p. 134-138.

BÉRUBÉ, J. « Prévention des grossesses non désirées comment intervenir? », *Les Médecin du Québec*, 34 (6), 1999.

BOLLING, D. et B. VOELLER. « AIDS and heterosexual anal intercourse », *JAMA : Journal of the American Medical Association*, 1987, p. 258, 474.

BOTVIN, G.J., S. SCHINKE et M.A. ORLANDI. « School-based health promotion : substance abuse and sexual behavior », *Applied & Preventive Psychology*, 4, 1995, p. 167-184.

BOYER, C.B. et autres. « Sexually transmitted disease (STD) and HIV risk in heterosexual adults attending a public STD clinic : evaluation of a randomized controlled behavioral risk-reduction intervention trial », *AIDS*, 11 (3), 1997, p. 359-367.

BROOKS-GUNN, J., C.B. BOYER et K. Hein. « Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents. Behavioral research and intervention strategies », *American Psychologist*, 43 (11), 1988, p. 958-964.

CAREY, M.P. et autres. « Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women », *Journal of consulting and clinical psychology*, 65 (4), 1997, p. 531-541.

CARON, F. et autres. « Programme express protection : Formation des élèves de 4e secondaire et éducation par les pairs pour la prévention des MTS et du sida dans les écoles secondaires de la Montérégie », *Revue sexologique*, 5 (2), 1997, p. 103 à 124.

CARON, F., J. OTIS et F. PILOTE. « Evaluation of an AIDS Education Programm for Young Adults », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 1998, p. 134-138.

CATANIA, J.A. et autres. « Methodological Problems in AIDS behavioral research : influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior », *Psychological Bulletin*, 108 (3), 1990b, p. 339-362.

CATANIA, J.A., S.M. KEGELES et T.J. COATES. « Towards an understanding of risk behavior : an AIDS risk reduction model (ARRM) », *Health Education Quaterly*, 17, 1990a, p. 53-72.

Centre Québécois de Coordination sur le sida. *Portrait de l'épidémie VIH/sida au Québec*, Décembre 1999, (1999a), 16 p.

Centre Québécois de Coordination sur le sida. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), Québec, cas cumulatifs 1979-1999*, Mise à jour No. 1999, (1999b), 26 p.

CHOI, K.H. et T.J. COATES. « Prevention of HIV infection », *Aids*, 8, 1994, p. 1371-1389.

CLOUTIER, R., L. CHAMPOUX et C. JACQUES. *Adolescents, familles et milieu de vie, La parole aux ados*. Québec : Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 1994, 124 p.

CORCORAN, J., P.O. MILER et L. BULTMAN. Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy : a meta-analysis », *Journal of Marriage and the Family*, 59, 1997, p. 551-567.

COUSINS, M. et autres. *MTS-sida, Les facteurs de risque des 15-29 ans de l'Outaouais*. Hull : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et services sociaux de l'Outaouais, 1994, 45 p.

CROSBY, R.A. « Condom use as a dependent variable : measurement issues relevant to HIV prevention programs », *AIDS Educational and Prevention*, 10 (6), 1998, p. 548-557.

DE VINCENZI, I. « A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners », *The New England Journal of Medicine*, 331 (6), 1994.

DETZER, M.J. et autres. « Barriers to condom use among women attending planned parenthood clinics », *Women & Health*, 23 (1), 1995, p. 91-102.

DICLEMENTE, R. J. et K.A. FORREST. « College students' knowledge and attitudes about AIDS and changes in HIV-preventive behavior », *Aids Education and Prevention*, 2 (3), 1990, p. 201-212.

DICLEMENTE, R.J. et G.M. WINGWOOD. « A randomized controlled trial of an HIV sexual risk-reduction intervention for young African-American women », *JAMA : Journal of the American Medical Association*, 274, 1995, p. 1271-1276.

DION, H. et A. FERENCZY. « Le virus du papillome humain (VPH) - les nouvelles connaissances », *Le Médecin du Québec*, 34 (3), 1999.

FISHBEIN, M. et I. AJZEN. « *Belief, attitude, intention and behavior : an introduction to theory and research* . Reading, Massachusetts : Addison-Wesley. 1975.

FISHER, J.D. et W.A. FISHER. « Changing AIDS-risk behavior », *Psychological Bulletin*, 111 (3), 1992, p. 455-474.

FISHER, J.D. et S.J. MISOVICH. « Evolution of college students' AIDS-related behavioral responses, attitudes, knowledge, and fear », *AIDS Education and Prevention*, 2 (4), 1990, p. 322-337.

GAUDREAU, L. *Le sida et l'éducation* », Dans J.J. Lévy et H. Cohen (dir.) : « Le sida. Aspect psychosociaux, culturels et éthiques », Montréal, Éditions du Méridien, 1997, p. 299-331.

GILBERT, A., C.P. LEDUC et J. FAUCHER. « Les comportements sexuels des adolescents consultant à la clinique des jeunes d'un CLSC », *Bulletin de Nouvelles de l'Association Canadienne pour la Santé des Adolescents*, 4 (2), 1995, p. 11-13.

GILLMORE, MR. et autres. « Effects of Risk-Based Intervention to Encourage Condom Use Among High Risk Heterosexually Active Adolescents », *AIDS Education and Prevention*, 9, suppl. A, 1997, p. 22-43.

GODIN, G. et autres. *Évaluation d'un programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du sida pour les jeunes en centre de réadaptation (CRJDA)* », Ste-Foy, Québec, 1998, 66 p.

GOODRICH, J., K. WELINGS et D. MCVEY. « Using condom data to assess the impact of HIV/AIDS preventing interventions », *Health Education Research*, 13 (2), 1998, p. 267-274.

GRAHAM, C.A. « AIDS and the adolescent », *International Journal of STD*, 5, 1994, p. 305-309.

GRAZIANI, E. *Évaluation d'un didacticiel pour la prévention du sida et autres maladies transmissibles sexuellement*. Mémoire de maîtrise, Montréal : Département de sexologie, UQAM, 1992, 209 p.

HAIEK, L. et S. BROCHU. *Sans condom c'est non, Intervention auprès d'adolescentes fréquentant une Clinique de Jeunes*, St-Hubert : Direction de la santé publique de la Montérégie, 1996, 86 p.

HAIEK, L. et S. BROCHU. « Sans condom c'est non. Une intervention auprès d'adolescentes fréquentant une Clinique de Jeunes », *Revue Sexologique, 5 (1)*, 1997, p. 97-127.

HAIEK, L.N., C. THABET et S. BROCHU. « Intervention "Cascade aux pairs" : analyse critique des éléments pédagogiques », *Revue sexologique*, 5 (2), 1997, p. 125-152.

HINGSON, R.W. et autres. « Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents », *American Journal of Public Health*, 80 (3), 1990, p. 295-299.

HOLTGRAVE D.R. et autres. « An overview of the effectiveness and efficiency of HIV preventive programs », *Public Health reports*, 110 (2), 1995, p. 134-146.

JEMMOTT, J.B., L.S. JEMMOTT et G.T. FONG. « Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents : effects of an AIDS prevention intervention », *American Journal of Public Health*, 82, 1992, p. 372-377.

JOFFE, A. « Adolescents and condom use », *American Journal of Disease of Children*, 147, 1993, p. 746-754.

JUNOD, B. et V. WIETLISBACH. « Méthodes et stratégies d'évaluation du programme national suisse de recherche sur la prévention des maladies cardio-vasculaires », *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, 29, 1981, p. 315-325.

KAMB, M.L. et autres. « Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases », *JAMA*, 280, 1998, p. 1161-1167.

KELLY, J.A. et autres. « Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 1989, p. 60-67.

KELLY, J.A. et autres. « The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics », *American Journal of Public Health*, 84, 1994, p. 1918-1922.

KING, A.J.C. et autres. « *Canada Youth and AIDS study* . Kingston : Queen's University, 1988.

KIRBY, D. « Reflections on Two Decades of Research or Teen Sexual Behavior and Pregnancy », *Journal of School Health*, 69 (3), 1999, p. 89-94.

KIRBY, D. et autres. « School-based programs to reduce sexual risk behaviors : a review of effectiveness », *Public Health Reports*, 109 (3), 1994, p. 339-360.

KRAMER, M.S. *Clinical epidemiology and biostatistics* , New York : Springer-Verlag, 1988.

KU, L., F.L. SONENSTEIN et J.H. PLECK. « Patterns of HIV risk and preventive behaviors among teenage men », *Public Health Reports*, 107 (2), 1992, p. 131-138.

Laboratoire de lutte contre la maladie. *Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes* , Ottawa : Santé Canada, 1995.

Laboratoire de lutte contre les maladies. *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire-1994, Relevé des maladies transmissibles au Canada,* Supplément 2252, Ottawa : Santé Canada, 1996, 118 p.

Laboratoire de lutte contre la maladie. *Le sida et l'infection au Canada* », Actualité en épidémiologie, Ottawa : Canada, Publication gouvernementale, 1998.

Laboratoire de santé publique du Québec. *Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)* », octobre 1999.

Laboratoire de santé publique du Québec. *Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)* », juin 1999.

LANGER, L.M., R.S. ZIMMERMAN et J.A. KATZ. « Which is more important to high school students : preventing pregnancy or preventing AIDS », *Family Planning Perspectives*, 26 (4), 1994, p. 154-159.

LÉGARÉ, G. et autres. *Multi-jeunesse : groupes d'entraide en sexualité et planifications des naissances* », Rimouski : DSC du Centre hospitalier régional de Rimouski, 1987.

LEVY, P.S. et S. LEMESHOW. *Sampling for Health Professionals* , California : Lifetime Learning Publications, Belmont, 1980, 320 p.

LÉVY, J.J., J. OTIS et J.-M. SAMSON. *Risques face au sida, relations de pouvoir et styles de communication sexuelle chez les étudiants des cégeps francophones du Québec* », Rapport de recherche, 1996, 18 p.

LÉVY, J.J., J. OTIS et J.-M. SAMSON. *Risques face au sida, relations de pouvoir et styles de communication sexuelle chez les étudiants des cégeps anglophones du Québec* », Rapport de recherche, 1999, 86 p.

MATICKA-TYNDALE, E. « Le sida et l'éducation », dans J.J. Lévy; H. Cohen (dir.) : *Le sida, Aspects psychosociaux, culturels et éthiques* » (p. 333-365) Montréal : Éditions du Méridien, 537 p.

MORISSET, R. et J.C. RECHERE. *Les MTS - Reconnaître, comprendre, traiter* , St-Hyacinthe : Edisem, 1990.

NADEAU et autres. « Connaissances et croyances à l'égard des MTS et du condom chez des étudiantes et des étudiants pré-gradués », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 84 (3), 1991, p. 181-185.

NITZ, K. « Adolescent pregnancy prevention : a review of integration and programs », *Clinical Psychology Review*, 19 (4), 1999, p. 457-471.

NUNNALLY, J.C. *Psychometric Theory* . New York : McGraw-Hill Book Company, 1978, 701 p.

O'LEARY, A., R.J. DICLEMENTE et S.O. ARAL. « Reflections on the Design and Reporting of STD/HIV Behavioral Intervention Research », *AIDS Education and Prevention*, 9, supplement A, 1997, p. 1-14.

O'LEARY, A. et autres. « Effects of an institutional AIDS prevention intervention : moderation by gender », *AIDS Education and Prevention*, 8 (6), 1996, p. 516-528.

OAKLEY, A. et E.-L. BOGUE. « Quality of condom use as reported by female clients of a family planning clinic », *American Journal of Public Health*, 85, 1995, p. 1526-1530.

OAKLEY, A., D. FULLERTON et J. HOLLAND. « Behavioral interventions for HIV AIDS prevention », *Aids*, 9, 1995, p. 479-486.

OTIS, J. « Connaissances, attitudes et comportements d'élèves de la région montréalaise en matière de prévention des MTS et du sida », *Bulletin de Nouvelles de l'Association Canadienne pour la Santé des Adolescents*, 2 (4), 1993, p. 10-13.

OTIS, J. *Connaissances, attitudes et comportements des élèves en matière de prévention des MTS et du SIDA, Étude en milieu scolaire réalisée en mai 1993 auprès d'élèves des secondaires II a V* , Document non publié, Montréal : Département de sexologie, UQAM, 1994, 13 p.

OTIS, J. *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH : Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes* », Montréal : Québec, 1996, 166 p.

OTIS, J., D. AUGER et R. CLOUTIER. « Continence ou condom... ou apprendre à gérer son risque? », *Bulletin de Nouvelles de l'Association Canadienne pour la Santé des Adolescents*, 3 (1), 1994, p. 15-22.

OTIS, J., D. CHAREST et F. PILOTE. *Jamais l'un sans l'autre : Évaluation d'une campagne de prévention des MTS et du VIH à l'intention des utilisatrices de contraceptifs oraux* », Rapport de recherche, 1996, 22 p.

OTIS, J. et autres. *Étude des déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes du cinquième secondaire* , Greenfield Park : 1991.

OTIS, J. et autres. *Étude longitudinale des facteurs associés à l'adoption et au maintien de comportements sexuels sains et responsables chez les adolescents* », Montréal : Département de sexologie, UQAM, 1993.

OTIS, J. et autres. *Étude longitudinale des facteurs associés à l'adoption et au maintien de comportements sexuels sains chez les adolescents : temps 3*, Montréal : Département de sexologie, UQAM, 1995.

OTIS, J., J.J. LÉVY et M.-J. DROUIN. *Sexual-Health Education and Promotion In : Rowe, W., Ryan, B. Source Work and HIV. The Canadian Experience* », Don Mills : Oxford University Press, 1998, p. 5-59.

OTIS, J. et autres. *Le sida et ses répercussions chez les adolescents* », dans Lévy, J.J., Cohen, H. (Dir.) : *Le sida, Aspects psychosociaux, culturels et éthiques*, Montréal : Éditions du Méridien, 1997, p. 195-235.

PERREAULT et autres. Contraception et prophylaxie chez les jeunes de trois écoles de milieu défavorisé de l'est de Montréal », *Revue Sexologique*, 1 (1), 1993, p. 15-43.

PLECK, J.H., F.L. SONENSTEIN et L. KU. « Changes in adolescent males' use of and attitudes toward condoms, 1988-1991 », *Family Planning Perspectives*, 25 (3), 1993, p. 106-110 et 117.

PROCHASKA, J.O., C.C. DICLEMENTE et C.J. NORCROSS. « In search of how people change : application to addictive behaviors », *American psychologist*, 47, 1992, p. 1102-1114.

QUACKENBUSH, M. « AIDS education for adolescents in high school », *The AIDS knowledge base*. Waltham, Ma, 1990.

RONALD, A. et R. PEELING. *Les infections transmises sexuellement : leurs manifestations et leurs liens avec l'infertilité et les maladies de l'appareil reproducteur* », Dans : *Compréhension de l'infertilité : facteurs de risque* », Collection d'études de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction, volume 7, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1993, p. 1-31.

ROPER, W.L., H.B. PETERSON et M.D. CURRAN. « Commentary : condoms and HIV/STD prevention - Clarifying the message », *American Journal of Public Health*, 83, 1993, p. 501-503.

ROTHERMAN-BORUS, M.J. et autres. « Timing of HIV Intervention on Reductions in Sexual Risk Among Adolescents », *American Journal of Community Psychology*, 26 (1), 1998, p. 73-96.

ROTHERAM-BORUS, M.J. et autres. « Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents », *JAMA : Journal of the American Medical Association*, 266, 1991, p. 1237-1241.

ROY É., J.-Y. FRAPPIER et J. OTIS. « Les déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom avec le partenaire sexuel régulier chez les jeunes en difficulté », *Banque sur la recherche sociale en santé*, 1995.

RUGG, D.L. et autres. « Evaluating the CDC program for HIV counselling and testing », *Public Health Reports*, 106 (6), 1991, p. 708-713.

SANTÉ CANADA. *Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et de la Tuberculose, Lignes directrices canadiennes pour les MTS, Édition de 1998* . Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, Ottawa, 1998, 277 p.

SANTÉ CANADA. *Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/SIDA, des MTS et de la tuberculose* », Laboratoire de lutte contre la maladie, Statistiques non publiés, 1999a.

SANTÉ CANADA. *Les maladies transmises sexuellement au Canada : Rapport de surveillance de 1996 (avec données préliminaires de 1997)* », Division de la prévention et de la lutte contre les MTS, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada (1999), 1999b.

SANTÉ QUÉBEC. *Enquête québécoise sur les facteurs de risques associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans* . Québec : Gouvernement de Québec, 1992.

SELLERS, D.E., S.A. MCGRAW et J.B. MCKINLAY. « Does the promotion and distribution of condoms increase teen sexual activity? Evidence from an HIV prevention program for latino youth », *American Journal of Public Health*, 84, 1994, p. 1952-1959.

SHAIN, R.N. et autres. « A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted diseas among minority women », *The New England Journal of Medicine*, 340 (2), 1999.

SIKKEMA, K.J., R.A. WINETT et D.N. LOMBARD. « Development and evaluation of an HIV-risk reduction program for female college students », *AIDS Education and Prevention*, 7(2), 1995, p. 145-149.

STANTON, B.F. et autres. « A randomized, controlled effectiveness trial of an AIDS prevention program for low-income african-american youths », *Archice Peritratric Adolescent Medicine*, 150, 1996a, p. 363-372.

STANTON, B.F. et autres. « Sexually transmitted diseases, human immunodeficiency virus, and pregnancy prevention : combined contraceptive practices among urban African-American early adolescent », *Archive Pediatric Adolescent Medicine*, 150, 1996b, p. 17-24.

STREINER, D.L. et G.R. NORMAN. *Health measurements scales, A practical guide to their development and use* , New York : Oxford University Press, 1989.

THABET, C., J. OTIS et A. DUPRAS. « Les croyances des jeunes à l'égard de l'utilisation d'un distributeur de préservatifs à l'école : utilité de la théorie sociale cognitive », *Revue Sexologique*, 3 (2), 1995, p. 143-167.

THE STANDARDS OF REPORTING TRIALS GROUP. « A proposal for strutured reporting of randomized controlled trials », *JAMA*, 272 (24), 1994, p. 1926-1931.

TOURIGNY, M. et autres. *Évaluation d'un programme de pairs aidants implantés auprès de deux populations étudiantes, en concertation avec les ressources du milieu* », Montréal, Hôpital générale de Montréal, Département de santé communautaire, 1989.

TREMBLAY, L. « Théories et corrélats empiriques expliquant a prise de risque chez les adolescent sexuellement actifs », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 35, 1997, p. 68-89.

TRIANDIS, H.C. *Attitudes and interpersonal behavior*, in Howe, H.E. ed., Nebraska *symposium on motivation*, Lincoln University of Nebraska, 1979.

VARNHAGEN et autres. « Sexually transmitted diseases and condoms : high school students' knowledge, attitudes and behaviors », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 82, 1991, p. 129-132.

WASHINGTON, A.E., R.L. SWEET et M.A.B. SHAFER. « Pelvic inflammatory disease and its sequel in adolescence », *Journal of Adolescent Health Care*, 6, 1986, p. 298-310.

WINKELSTEIN et autres. « The San Francisco men's health study : III. Reduction in HIV transmission among homosexual/bisexual men, 1982-86 », *American Journal of Public Health*, 76, 1987, p. 685-689.

Ce document présente une intervention basée sur un modèle théorique visant à faire augmenter l'utilisation du préservatif chez les adolescentes. Il présente également les résultats de la recherche évaluative développée pour étudier les effets de cette intervention. Cette dernière consistait en un programme de type « Cascade aux pairs ». Dans ce type d'intervention, une adolescente, dans ce cas-ci recrutée dans les cliniques jeunesse de la Montérégie, devenait « tutrice » de deux amies qu'elle choisissait pour former une équipe. Le groupe ainsi formé (tutrice et les deux amies) devait se rencontrer à quatre reprises afin d'utiliser le matériel éducatif fourni sous la forme de pochettes d'intervention. L'évaluation des effets de l'intervention a été réalisée à l'aide d'une expérimentation provoquée. Un devis de recherche expérimentale de type prétest, post-test avec groupe témoin aléatoire a été employé. Au total 600 adolescentes ont participé à l'étude, soit 206 tutrices recrutées dans dix cliniques jeunesse de la Montérégie et 394 amies des premières. La durée de l'intervention a été fixée à trois mois d'intervention proprement dite et trois mois de suivi après la fin de l'intervention. Des questionnaires téléphoniques portant sur les comportements sexuels et sur les déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif ont été utilisés pour l'évaluation. Les résultats obtenus ainsi que des pistes pour intervenir dans des petits groupes de pairs sont présentés dans ce rapport. Si vous travaillez auprès des jeunes, en prévention des maladies transmises sexuellement ou en promotion de la santé, voici un document intéressant à consulter. Bonne lecture!

Laura Haiek
Maryse Guay
François Pilote
Carole Thabet
Stella Brochu